

AUG 31 1943

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pires Pittagorá, 114 — Telefone 7-4020

Caixa Postal, 1874 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 ano 304000. Por 2 anos 504000.

DL XLV

Abril de 1943

N. 4

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,5^{gr}45.

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%).

Eis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N.º 1850

Telefone 11 - Iradique Coutinho

CAIXA POSTAL 951 - SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA - QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRABICO

Presidência dos Drs. EDUARDO MACIEL e HENRIQUE PEREIRA

Two Telles "LUZITA" Telefones 2-2122

HEMORRAGIAS

Medicação
de
urgência

Dutropasol
Pinheiros

Em
qualquer
hemorragia
ação imediata,
segura e duradoura
com 1 c.c. apenas.

三

3

3

er
a
a,
ra
.



ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Sumário:

	PÁG.
Aspectos da tática do cirurgião na crise apendicular — Dr. Eurico Branco Ribeiro	229
Hipertireoidismo posoperatório ou enfermidade de Zondek creada por tiroidectomia total? — Dr. Alipio Pernet	237
Produção Médica de São Paulo	265
Associação Paulista de Medicina	265
Sociedade Médica São Lucas	307
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia	308
Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar	310
Outras sociedades	310
Literatura médica	311
Imprensa médica de São Paulo	313
Assuntos de atualidade	314

CITAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedimos encarecidamente aos nossos colaboradores que ao fazerem *citação bibliográfica* obedeçam rigorosamente às seguintes normas:

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS:

Nome do autor;
Título do artigo (em itálico ou entre aspas);
Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Mês (dia do mês, se possível) e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAFIAS:

Autor;
Título da obra (em itálico ou entre aspas);
Edição (se não for a primeira);
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Editor;
Cidade; e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirúrgicos*, I, 231, Sociedade Editora Médica Ltda., São Paulo, 1934.

As separatas são fornecidas ao preço de Cr \$5,00 por página, 100 exemplares

Para terapeutica estrogenica use

ESTROGENOLO

(pp-DIHIDROXI-3,4-DIFENILHEXANA)

*mais ativo que os outros estrogenos, sinteticos ou naturais,
mais eficaz mesmo administrado por via oral,
mais economico que os hormonios foliculares.*

ESTROGENOLO, preparado por sintese pelo *Laboratorio Paulista de Biologia*, é apresentado em ampolas (caixa com 6 ampolas de 1 ccm) e em drageas (vidro com 20 drageas). E' empregado como os estrogenos naturais, levando em conta que uma ampola ou uma dragea corresponde a ca. de 25.000 U. I.

Dose diaria: 1-2 ampolas ou drageas, ou mais *segundo prescrição medica.*

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

RUA S. LUIZ, 161

S. PAULO

Triod Zambelletti[®]

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artritismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções para-lueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Poliscarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingul, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLV

Abril de 1943

N. 4

Aspectos da tática do cirurgião na crise apendicular *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Si, por um lado, os progressos da cirurgia e as novas conquistas da terapêutica antimicrobiana impuzeram ao cirurgião táticas novas diante da contingência de uma crise apendicular, por outro lado as deficiências do diagnóstico muita vez colocam o operador em situação de ter que recorrer a certos expedientes durante o ato cirúrgico, afim de procurar resolver o caso clínico. Assim, não é fóra de oportunidade a tarefa que nos foi imposta de recordar, hoje, alguns aspectos da tática do cirurgião diante da crise apendicular.

Começemos por encarar o problema do uso da sulfanilamida na cavidade peritoneal, talvez o de maior atualidade e merecedor, já, de receber a standardização decorrente da larga observação e experimentação a que tem sido submetido o método. Nos entusiasmos da primeira hora, acorçoados por numerosos êxitos felizes, estabeleceu-se uma corrente que pretendia estender o uso da droga a todos os casos, mesmo quando o cirurgião extirpava um apêndice cronicamente inflamado, em condições normais de técnica operatória. Era a profilaxia das complicações inflamatórias que se pretendia impôr. Mas a palavra autorizada dos pesquisadores mostrou que a sulfanilamida intracavitária a título preventivo não tinha o menor valor, porque era absorvida no fim de

* Comunicação à Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo, em 26 de fevereiro de 1943.

poucas horas, deixando, logo, de exercer a sua ação protetora. Tratando-se, além disso, de u'a medicação que não é isenta de riscos, claro está que o cirurgião não deve lançar mão dela senão em casos em que, efetivamente, poderá ser de utilidade. Assim, tem plena indicação quando há um abcesso apendicular, quando há ruptura ou gangrena do apêndice e quando há no peritонеo serosidade de aspecto purulento em casos de apendicite aguda com reação edematosa do órgão e das vizinhanças. O excesso de dose também pode ser prejudicial. O limite máximo hoje admitido na prática cirurgica está nas proximidades dos 4 gramas de sulfanilamida cristalizada. Isso mesmo pode ser perigoso para certos organismos, dada a rapidez da absorção peritoneal. O aconselhável é colocar metade dessa dose na cavidade peritoneal, reservando a outra metade para os vários planos da parede, onde, principalmente nos casos adiantados em que o cirurgião encontra formação franca de pús, a ação da droga é de grande vantagem para limitar o processo supurativo à zona da incisão, prevenindo as celulites extensas, de tratamento demorado e tão molestas e perigosas para os enfermos. E' claro que não se vai exigir do medicamento a ação esterilizante absoluta que pretendia aquele cirurgião que, tendo contaminado a incisão com o coto do apêndice, queria que o emprego local da sulfanilamida evitasse o processo supurativo que se seguiu, incriminando a anestesia local de ter inibido a ação da droga. Podemos, entretanto, afirmar que a associação prévia da sulfanilamida ao anestésico local tem nos proporcionado os melhores resultados na evolução de processos supurativos da parede, como os provocados pela abertura de abcesso apendicular e de abscessos comuns, bem como pela excisão de furúnculos e de antrazes.

Si a era é a da sulfanilamida, daí não se infira que devamos abandonar todos os outros recursos que vínhamos empregando com os desejados sucessos. Foi isso o que dissemos no I Congresso Interamericano de Cirurgia reunido em Santiago, Chile, em novembro de 1942. Realmente, si a prata coloidal e si o soro anticoli-perfringens estavam nos proporcionando resultados satisfatórios, por que havemos de abandona-los? Não será mais lógico que os associemos ao remédio da moda? O emprego da prata coloidal, preconizado entre nós por Oscar Isidoro Antonio Bruno, já é processo consagrado por larga observação nos mais adiantados centros cirúrgicos do Brasil e conta a seu favor com os dados da experimentação, que atestam as suas virtudes antimicrobianas, estimulantes do sistema circulatório, excitantes da fibra muscular do intestino.

O soro anticoli-perfringens intraperitoneal é processo mundialmente consagrado, pelos benefícios que produziu nas mãos de inúmeros cirurgiões, tendo Priestly, da Clínica Mayo, decla-

rado que o seu uso não só reduziu a mortalidade mas fez baixar a incidência de complicações como o abscesso pélvico e o abscesso subfrênico e fez diminuir o tempo de drenagem e de hospitalização dos doentes. As conhecidas vantagens do soro anticoli-perfringens tivemos a ocasião de lembrar a adição de mais uma, fruto da nossa observação pessoal: a excitação do peristaltismo intestinal, produzindo dejeções espontaneas no fim de 2 a 5 dias. Diante das nossas observações, Eduardo Vaz e seus colaboradores provaram experimentalmente que o soro de cavalo excita o peristaltismo intestinal, mediante a paralisia das terminações nervosas do simpático e do aumento do tonus dos movimentos do delgado.

Não seria justo que abandonássemos dois auxiliares da terapêutica tão bem fundamentados na pesquisa e na observação. A boa tática está em reuni-los ao emprego da empolgante sulfanilamida. Em nosso Serviço, sempre que há indicação, logo após a remoção dos tecidos doentes, lançamos primeiro os cristais de sulfanilamida no leito apendicular, cerramos o peritoneo e, então, através dele ou pelo dreno — si a drenagem foi usada — colocamos na cavidade, em média, 10 cc de prata coloidal de mistura com uma empola de soro anticoli-perfringens. E' essa uma tática tendente a evitar o desperdício da medicação, que, si colocada no peritoneo antes do fechamento, pode refluir pelos movimentos do doente, perdendo-se pela incisão e extravasando pelo campo operatório.

Outra questão é a drenagem. Quando drenar? Como drenar? A tendência universal é drenar só por excepção, confiando na ação absorvente do peritoneo e nas defesas que ele e o epiploon trazem para o campo da infecção. Mesmo em casos de presença de liquido francamente purulento, quando todos os tecidos atacados foram removidos, os cirurgiões fecham a cavidade sem drenagem, observando, de regra, uma evolução satisfatória. Uma circunstância existe, entretanto, que, a nosso ver, condiciona e impõe a drenagem: o comprometimento da integridade anatômica do peritoneo. Quando esquematizamos a drenagem do abdome, encarando um dos temas oficiais do I Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, chamamos a atenção para esse fato, mostrando que era de capital importância. Assim, si o cirurgião poudre remover completamente um apêndice gangrenado, ou um apêndice agudamente inflamado e perfurado, restando um peritoneo integro, sem solução de continuidade, a drenagem é desnecessária e só vai aumentar os dias de moléstia no posoperatório. Mas si a serosa da fossa apendicular foi comprometida e parcialmente destruída, então a barreira peritoneal está rota e não será capaz de vencer a infecção: os tecidos profundos serão atingidos, aumentará a secreção purulenta, as propagações bacterianas tomarão seu curso, aparecerão os abscessos metastáticos. A

drenagem será nesses casos o recurso capaz de contribuir para a estabilização do fóco e prevenir as complicações. Deixamos, assim, à crítica dos práticos este critério simplista: drenar sempre que ha comprometimento da integridade do peritонеo.

Agora a questão "como drenar?". Parece que está passada a época do Mickulicz, que, si deu sucessos apreciáveis, compromete a mecânica intestinal, oferecendo 100 % de eventrações. Também já não se fala mais na derivação externa, por meio da cecostomia ou da ileostomia terminal, a cujo haver se anotaram alguns casos de êxitos felizes. Tal tática retarda de muito o tratamento e quasi sempre exige uma segunda intervenção. A drenagem por gazes e grossos tubos de borracha está ainda em uso. Mas também constitue um transtorno para a mecânica da cavidade abdominal no posoperatório. A tática que vimos usando e que nos tem satisfeito plenamente consiste no emprego do dreno fino não fenestrado ou sonda Nelaton n.º 14 a 18, colocando a sua ponta no fóco da infecção ou no ponto onde tememos parta a proliferação microbiana. O peritонеo é cerrado à volta do dreno e um alfinete é colocado logo acima da pele. Com isso visamos uma dupla vantagem: a de manter a dinâmica abdominal em condições aproximadas das normais e a de permitir a repetição, nos dias seguintes, da medicação deixada na cavidade peritoneal — a prata coloidal e o soro anticoli-perfringens. O uso do soro determina, de regra, o aparecimento de uma crise anafilática no fim de 7-12 dias, com os aborrecimentos de uma urticária mais ou menos insistente. Para evitar ou minorar o dissabor da moléstia do soro, temos recorrido, com bons resultados, ao expediente de dar ao doente, a partir do 4.º ou 5.º dia, uma poção com adrenalina e cloreto de cálcio.

A referência acima traz-nos à lembrança alguns recursos empregados no intuito de obter um bom posoperatório. Basta citar, com o testemunho de nossa experiência, as vantagens da mobilização do doente no leito, do levantar precoce (3.º dia), da administração de líquidos (chás e caldos) no próprio dia da operação, a isso acrescentando, para a prevenção ou minoração das dores abdominais, o processo instituido por Henrique Smit, de Catandubas, da alcoolização do meso-apêndice, o que é, sem dúvida, um recurso digno de maior divulgação.

Até aqui vimos apreciando detalhes no tratamento da crise apendicular. Agora passemos a fazer algumas considerações concernentes à tática do cirurgião naqueles casos em que foi falho o diagnóstico de apendicite. Entre as causas que levam os doentes à mesa operatória para operação de apendicite está a ileite terminal aguda. Aberto o ventre, verificada a integridade do apêndice, observado um processo edematoso do mesentério inferior com infiltração inflamatória do ileo terminal, que conduta a seguir? De regra, a ileite terminal aguda não ocasiona obs-

trução intestinal completa; si não ha distensão ileal a montante, é abandonar o processo à sua natural involução, recordando o insucesso que no geral se regista com a resecção do delgado durante a crise aguda. Quanto ao apêndice, si as condições do doente são boas e si a sua extirpação não oferecer dificuldades técnicas, a tática a se aconselhar será a apendectomia a título profilático, senão curativo, quando existam sinais de processo inflamatório crônico.

Outra contingência que exige uma decisão tática do cirurgião é aquela em que, no decurso de uma crise catalogada de apendicite superaguda, o apêndice aparece congesto, com hiperemia intensa, às vezes mesmo edemaciado, envolto num ambiente de líquido purulento, cuja origem aos menos expertos poderia ser imputada ao próprio apêndice, mas que na realidade depende da ruptura de um piosalpinge ou de uma ulcera duodenal. São casos de periapendicite, conforme tivemos a oportunidade de verificar histologicamente; são verdadeiras serosites apendiculares, sem comprometimento das camadas internas do orgam, condições, portanto, destituídas de gravidade. Em tal emergência, cumpre ao cirurgião buscar e tratar a causa da irritação do apêndice. A remoção do orgam poderá ser protelada para outra oportunidade, si as lesões originárias exigem mais pronta solução e demorada atenção do operador.

O apêndice tambem pode ser deixado quando a causa da crise rotulada como apendicular for devida à ruptura de uma prenhez tubária ou de um quisto luteo do ovário. O que urge em tais casos é coibir a hemorragia em curso. Demais, o derrame peritoneal crea umas tantas inibições nervosas, favorecendo a instalação de uma distensão gazonosa posoperatória precursora do ileus; a apendectomia viria agravar as consequências de tão indesejavel complicação.

A citação desses casos faz com que recordemos aqui que deve fazer parte integrante da tática do cirurgião a verificação do estado dos anexos uterinos durante toda operação por apendicite em mulher. De longos anos vimos seguindo esse critério e, graças a ele, temos tido a oportunidade de verificar que em apreciavel porcentagem dos casos classificados como de apendicite crônica o que está em jogo é a presença de um quisto luteo persistente, não obstante ter o exame radiológico confirmado, muita vez, a suspeita clinica de se tratar de apendicite. A simples retirada do apêndice não teria curado as numerosas portadoras de quisto luteo persistente, si este tambem não tivesse sido removido. Assim, a tática da revisão dos anexos uterinos parece-nos de grande utilidade e merecedora de maior divulgação, pois, ao que nos consta, não entra no programa operatório da maioria dos nossos cirurgiões.

Para terminar, vamos abordar, ainda que de leve, um problema diagnóstico que não tem ocupado a atenção dos nossos médicos. Referimo-nos à crise apendicular que às vezes se manifesta como acidente inicial da malária ou da reincidência malárica. Entre nós só pudemos ler um trabalho sobre o abdome agudo palúdico, da autoria de Orlando Vaz e Atila de Carvalho, e outro de J. C. Manhães sobre a forma apendicular aguda grave do impaludismo na criança, tendo ainda conhecimento de mais um artigo publicado na Revista Médica de Pernambuco, XII, 20 de janeiro de 1942. O fato de ter a Associação Paulista de Medicina focalizado recentemente os problemas principais da malária, fez-nos lembrar que também os cirurgiões deviam dar o seu testemunho a respeito da incidência entre nós da apendicite no desencadeamento da maleita. Por isso, lembramos aqui a ocorrência, registrando dois casos de que temos conhecimento. O primeiro foi de um doente que nos foi apresentado com o diagnóstico de apendicite aguda, firmado por seu sogro, que é distinto clínico; fizemos a intervenção, encontrando um apêndice de aspecto normal; no posoperatório facilmente pudemos comprovar o diagnóstico de malária. O outro caso refere-se a um rapaz que, nas vésperas do casamento, foi levado para o hospital com o diagnóstico de apendicite aguda, mas o cirurgião teve dúvidas e um hemograma evidenciou que se tratava de maleita; a operação foi prosaída, mas o casamento teve que ser adiado para alguns dias mais tarde; o doente não era nosso, mas tivemos ciência do caso um ano mais tarde, quando o primogênito nascia por nossas mãos, em operação cesareana. A julgar pela literatura estrangeira, a apendicite na malária não é raridade; seria interessante, para orientação dos clínicos e cirurgiões, se fizesse um inquerito entre nós sobre o assunto.

Erros de diagnóstico tais como os a que nos referimos sem dúvida são em boa parte evitáveis, mas uma certa porcentagem chegará às mãos do cirurgião e ele muita vez terá que intervir, ou enganado ou já prevenido de um possível engano. Então é que sua tática operatória mostrará que está aparelhado para resolver as dificuldades clínico-técnicas que constantemente nos apresenta essa caixa de segredos que é o abdome.

Endereço: Caixa Postal, 1574

Discussão: — Dr. Oscar Isidoro Antônio Bruno: "Agradecendo ao meu mui prezado amigo e distinto colega dr. Eurico Branco Ribeiro as referências aos meus estudos sobre a ação liomiotônica e liomioexcitante da prata coloidal e sobre a benéfica influência desta no período posoperatório, tanto em relação ao peristaltismo intestinal como no que diz respeito ao pulso, choque cirúrgico e vômitos posanestésicos — é com a maior satisfação que peço vênha para lhe apresentar meus cumprimentos pelo magistral trabalho, com o qual acaba de nos deleitar o intelecto e o espírito, e onde, com a proficiência, clareza e precisão habituais, foca-

8)

lizou o assunto tratado de maneira feliz e completa, citando as pesquisas de todos os autores nacionais que se dedicaram à questão, entre as quais figuram verificações próprias relativas à ação peristáltica do soro de cavalo.

Está de parabens a Classe Médica Paulista por ter sido representada no 1.º Congresso Interamericano de Cirurgia pelo ilustre Diretor do Sanatório São Lucas, o qual, com o brilho de sempre, evidenciou no referido Congresso, e de forma exuberantemente concreta, que a Cultura Médica Brasileira se acha no mesmo nível que a dos mais adiantados países estrangeiros. Tenho dito".

NEURILAN

Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vasosympathéticos, palpitações, insônia, dyspepsia nervosa.

A base de estrôncio bromado, cratêgeus, leptolobium, meimendro

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em água açucarada às refeições

NEURILAN

NÃO DEPRIMENTE

Lab. Gross-Rio

AGUAS DE SÃO PEDRO

As tres fontes de Aguas de São Pedro

RIO CLARO

S. PEDRO

PIRACICABA

SÃO PAULO

SANTOS

Alteções reumaticas — males. de nutrição — doenças digestivas — bronquites crônicas — asma por espinha irritativa dos veios respiratorias — molestias da pele — linfatismo — intoxicações alimentares e medicamentosas.

Fonte Gioconda (sulfato de sodico) é do grupo das cloro-sulfatadas-sodicas, do tipo das fontes de Montecatini, Carlsbad, Brides-lez-Bains etc. Possui 0,49 g de sulfato de sodio por litro.

Fonte Almeida Sales (cloreto de sodio) é do grupo das cloro-sulfatadas-sodicas, do tipo das fontes de Montecatini, Carlsbad, Brides-lez-Bains etc. Possui 0,553 g de sulfato de sodio por litro.

Fonte S. Nazaire (cloreto de sodio) é do grupo das cloro-sulfatadas-sodicas, do tipo das fontes de Montecatini, Carlsbad, Brides-lez-Bains etc. Possui 0,553 g de sulfato de sodio por litro.

Informações e literatura a disposição dos Srs. Medicos

AGUAS DE SÃO PEDRO S. A. — São Paulo — Largo da Misericórdia 23

11.º and. — Fone 3-5717

DEXTROSOL

(Glucose — d)

“DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A
CIRCULAÇÃO, ELIMINANDO EDEMAS,
AUMENTANDO O VOLUME SANGUI-
NEO E PROMOVENDO A DIURESE”

E. MEYER (*Usos Therapeuticos
das Injecções Endovenosas de Soluções
de Glucose*) Zentralb. f. Klin. Med.
102:343, 1925. Abst. J. A. M. A.
86.521,1929.

LABORATORIO KALMO

Secção industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO & CIA.
SÃO PAULO

PRINCIPIO ANTITÓXICO DO FIGADO, SEGUNDO O MÉTODO DE FORBES

HEPACRITAN COFA

CADA AMPOLA DE 1 cc. CONTEM 1 UNIDADE RATO

USO INTRAMUSCULAR

MOLESTIAS HEPATICAS — INTOXICAÇÕES EXOGENAS E
ENDOGENAS — ESTADOS ALERGICOS — PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA INTOLERANCIA PELAS SULFANILAMIDAS
E PELOS ARSENOBENZÓIS — UREMIA E TOXIEMIA GRAVI-
DICA — TRATAMENTOS PRE' E POST-OPERATORIOS

Hipertiroidismo post-operatório ou enfermidade de Zondek creada por tiroidectomia total?

Dr. Alipio Pernet

*Médico Operador do Serviço do Pronto Socorro
Assistente do Hospital Santa Izabel, Salvador, Bala*

*"Les chirurgiens savent mieux agir
que parler ou écrire".*

(GOSSET)

Embora queiramos sempre estar imunes da "fiebre de autor" de que nos previnem as sabias lições do grande Chutro, orgulho da cirurgia platina, fatos surgem que convidam, no silencio intimo de nossos gabinetes de estudos, a uma profunda meditação, irresistivel passatempo que nos proporciona o pagamento das nossas realizações profissionais preteritas.

Dai a trazer à pena, a transmissão gráfica destes pensamentos, é questão de pouca cousa, e a vontade cede uma vez mais e novamente "febricitantes", passemos em largas incursões os fundamentos biológicos ou anatomo-fisiológicos, estes os maiores subsidios do nosso tema.

O de hoje, certo é, maior valor não terá que a argumentação detalhada de acontecimentos emergidos à luz do discernimento que escarpela mais que aprimora, o evento de inicio complexo no curto evoluir de um ruidoso periodo post-operatorio.

Tratamos o ano ultimo e não conseguimos esquecer o nosso primeiro caso de Traquemalacia no seu subito e desconcertante, grave porque quasi mortal desfecho de poucos instantes. Ainda hoje, inapagavel a centelha que celere descerrou uma cortina de saber, a maior das nossas aspirações — a cirurgia da Tireoide.

Faremos pois o registro em volta de tais casos de nosso acervo, uma sintese de como se encara esse problema palpitante da cirurgia e da clinica, mais que nunca unidas em proveitosa simbiose fortalecendo os alicerces inquebrantaveis na pratica operatoria. Aqui mais que alhures, indissolueis serão estes laços e fugir não há como para desenvolver proveitosamente sem os preciosos e uteis primores da primeira e os conceitos inofuscaveis da segunda, um aspéto imerso no emaranhado dessa maravilhosa teia que representa, mesmo na deshârmônia morbida a constelação neuro-glandular.

Cedendo passo aos aparentes contrastes do raciocínio calcado na fisiologia quer recordando pela sua bioquímica ou mesmo palmilhando medrosa ou desassombradamente o intricado mistério humoral que rege e preside o determinismo admirável da neuro-endocrinologia, muita vez é mister confirmar em molde intempestivo o resultado desconcertante surgido no terreno delicado da cirurgia glandular.

Deste feito é a apresentação que reveste suas linhas gerais o caso que aludimos; subito sem prodromos no início — silencioso — quasi inerte em meio do primeiro post-operatorio, emocionante, trabalhoso com muito de dificuldade, porém, sem perder o interesse atrativo das cousas que fogem à vulgaridade em que se estigmatiza a rotina, para a intervenção fazer-se em pós — dramatica, confusa, desconexa, em seu termino ilustrativo.

Seja-nos permitido, antes que o tenhamos relatado, dizer ainda uma vez, pelo fraseado cheio de encantamento de Chutro, a necessidade que sentimos, o modo de quasi um prazer, no grande número de citações que por idoneas, acobertam-nos do perigo que ocorre a mente de quem muito lê e medita um assunto, de transviar despropositadamente, por isso que impensado, para sua propria autoria, o conceito, em remotas leituras daqueles que nós seitmos pelo espirito de observação vivido na prática, e que no entanto não nos é próprio e muito pessoal.

E sem pretendermos pois nem de leve a sensaboria de uma critica relataremos primeiro, para exemplificar o que Chutro conta para motivo dos nossos escrúpulos: “Em roda de pessoas que cultivavam variados ramos de saber, alguém perguntou: porque razão o senhor X que estudou tanta música, não a compõe? ao que outro respondeu: pois por isso mesmo, porque aprendeu muita música. Quando o senhor X pretende desenvolver no pentagrama um tema proprio, com ansias de pura originalidade, chega ao quarto ou quinto compasso e, sem quere-lo inicia a melodia, ou arpégia o acorde que está em sua mente, porém que não lhe pertence; é um dos tantos aprendidos”. Assim como o senhor X preferiu ao acusarem-no de plagiário reger com a sua batuta as obras alheias, nós cada dia nos convencemos mais da propriedade do velho proloquio: “Nil novi sub sole”, pois não há maior verdade em cirurgia.

CASO CLINICO

Ficha 8638 do S. P. S

As 15 horas e 15 minutos de 4 de outubro de 1940, fomos solicitados a atender em residencia a Maria P. da Silva, mulher de 50 anos de idade, viuva, baiana, residente a rua do Trilhão, nesta Cidade, por motivo de haver sido presa, subitamente, de forte asfixia. Poucos momentos após, tínhamos presente no local, inquieta e ofegante uma pobre mulher que se debatia vigorosamente para respirar numa terrificante crise asfíxica que foi

inopinadamente estabelecida. Facies cianosada, com maior relevo apreciável nas mucosas visíveis (unhas e lábio inferior especialmente), e ao que nos informaram acometida em pleno labor. Chamou-nos de logo a atenção a presença na região supra e infra-hioidea volumoso tumor que, assimetricamente disposto ocupava inteiramente a face anterior do pescoço. Atribuída à causa mecânica injetamos imediatamente uma ampola de "Sedil" e apressadamente na certeza de um acidente de TRAQUEOMALACIA fizemos o seu transporte para o Serviço de Pronto Socorro, onde chegados providenciamos a realização de uma traqueotomia que efetuamos na região inter-crico-tiroideana através a tumefação — na realidade grande adenoma difuso, nodular, da tireoide.

Quasi que unicamente sob anestesia de base pela Morfina, dada a urgência do caso, com a preciosa ajuda do nosso valioso auxiliar Dr. Mauricio Bustani, atingimos com regular dificuldade porém rapidamente, numa profundidade de mais ou menos 4 centímetros, desviados para direita, os anéis traqueais que apenas seccionados trouxeram imediato e confortador alívio a grave condição asfíxica, restabelecendo a pouco e pouco o ritmo respiratório, vencendo-se assim com satisfação e pleno êxito uma violenta asfíxia laringéa por compressão massiva traqueal.

Analepticos suaves e medicação sedativa nos primeiros dias, inalações e balsâmicos (fimocardio, eupectona, herva de Chantres), vacinoterapia anti-pneumônica conduziram a bom termo o primeiro período post-operatório, até que em seis dias já podíamos, graças a novos meios de sustentação do conduto traqueal condicionados pelas aderências cicatriciais da incisão operatoria, retirar a canula, iniciando neste dia o exame clínico da paciente e em seguida o preparo pre-operatório da estrumectomia larga.

Ha mais de 15 anos começou o que atribue ser a sua doença atual, devida (sic) aos esforços dos vômitos de uma infecção variolosa, notando que se dilatavam progressivamente as suas veias jugulares com acentuada estase venosa, acompanhada de dores no pescoço, aumento da região lateral direita em profundidade até o esterno-cleido-mastoideo. Refere não ter notado nem dispnéia nem dispnéia, assim prosseguindo em sua ocupação de arrumadeira durante vários meses. Acusa entretanto que de então aos 43 anos surgiam-lhe metrorragias abundantes, (7 a 8 dias) meno-metrorragias, inapetência, tremores e segundo afirma muito nervoso. Algum tempo após esta sintomatologia diz que à direita notava que o caroço (sic) crescia mais bem assim no sentido anterior, enquanto que no lado esquerdo mais se acentuava em direção posterior. Nesta situação refere ter permanecido por muitos anos, acompanhando de longe em longe o aumento do tumor que a tanto crescer assumiu as proporções que a mensuração indica a seguir: 22,5 centms. no maior eixo e 10,0 no eixo vertical mediano (vide fotografias n.º 1 e 2).

Dois dias antes do acidente asfíxico, vinha já experimentando falta de ar (sic), dispnéia de esforço e decubito, que se foram acentuando até a ocorrência do dia 4 de outubro.

Antecedentes pessoais: — Paludismo aos 6 anos, sarampo, varíola em 1925.

Antecedentes hereditários: — Pai falecido. Mãe viva, gozando boa saúde. Não teve irmãos.

Doença atual: — No momento apresenta em toda face anterior do pescoço, (regiões supra e infra-hioidea) e nas regiões laterais, um volumoso tumor que acompanha os movimentos de deglutição, fixo quando se procura mobilizar até os planos profundos, sem aderência à pele que é lisa e sem sinais de inflamação. Realizando-se a mensuração do pescoço encontramos os seguintes dados: 22,5 centms. no maior eixo, 10 centms. no

eixo vertical mediano, sendo 7,5 centms. ao nível do feixe clavicular do esterno-cleido-occipito-mastoideo esquerdo, e 10 centms. do mesmo feixe a direita, atingindo a circunferencia total do pescoço o diametro de 43 centms.. A altura medida do colar de Venus à furcula esternal — 13 centms.. Os lobos do tumor medem 11 por 10 centms. o esquerdo e 7,5 centms. o direito no sentido transversal e 10 centms. no sentido vertical. Não se verifica flutuação, choque à percussão, nem se ouve qualquer sopro ao nível das tiroidianas. O tumor tem a consistencia dura e pouco elastico. Observa-se mais estreitamento da fenda palpebral direita, pupilas normais, facies palida, mucosas descoradas, paniculo adiposo escasso, expressão fisionomica sem alteração correlata com a doença, ausencia de edemas e varizes. Sistemas linfatico, nervoso, digestivo nada de interessante a registrar.

Aparelho circulatorio: — Bulhas claras, perfeitamente audiveis com reforço do segundo tom no fôco pulmonar. Ictus cordis no quarto intercosto esquerdo, 1 centm. para dentro da linha mamilar.

Aparelho respiratorio: — Verifica-se expiração demorada, sibilante. A palpação fremito toraco-vocal quasi imperceptivel. Exame radiologico-transparência do parênquima pulmonar satisfatorio.

Hemograma

Hemoglobina	85 %.
Hematias	5.874.300.
Leucocitos	5.879.
Índice colorimetrico	0,78.
Relação globular	1/1.014.

Exames de laboratório

Formula leucocitaria (Schilling)

Basofilos	0,0 %.
Eosinofilos	2 %.

Neutrofilos:

Mielocitos	0,0 %.
Metamielocitos	0,5 %.
Formas com nucleo em bastão	5,0 %.
Forma com nucleos segmentados	70,5 %.
Linfocitos	13,0 %.
Grande mononucleares	9,0 %.

Índice de Arneth

I	II	III	IV	V
1	10	40	33	16

Uréia — 0.37 por mil.

Creatinina — 0.04 %.

Dr. Helio Ferreira.

Reserva alcalina — 0,75 por mil.

Dr. Estacio Gonzaga.

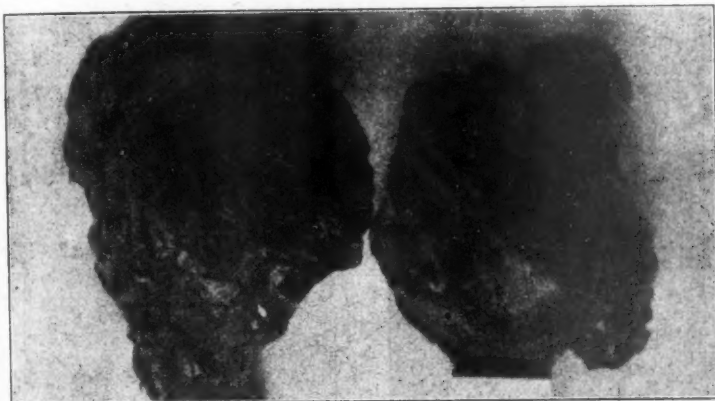
Tempo de sangramento	3' 15"
Tempo de coagulação	4' 56"
Retralidade do coelho	1 hora 3'
Redissolução do coelho	2 horas 32'
Sinal de Wiel	negativo.

Dr. Pernet.

PRE-OPERATORIO

Do dia 10 de outubro até o dia 28 foram ministrados à paciente no sentido de prevenir as complicações imediatas à tireoidectomia os seguintes medicamentos: vitamina K Dutra, Fimocardio, Piosedar, Eupectona, Extrato hepático L. B. C., Digaleno (gotas), Gluconato de cálcio Sedar, Sôro glicosado isotônico, Cloreto de Cálcio Raul Leite, Trombocitina, Neurilan, Ascorbotrat, Pulmogripe, Passiflorine.

Com esta medicação levamos à mesa de operações, no dia 28 de outubro, a paciente em bom estado geral — físico e psíquico — tomando-se antes os seguintes dados: pulso — 82, temperatura — 36,4 e tensão arterial (oscilofon x 80).



Obs. n.º 1 — Peça operatória



Obs. n.º 1 — Peça operatória

INTERVENÇÃO

Para a realização da tiroidectomia total obedecemos a seguinte tecnica: anestesia loco-regional pela Novocaina a 1 % sem adrenalina na quantidade de 80 cc.

Posição de Rose: iniciamos o primeiro tempo por uma incisão em gravata de Kocher, atingindo até o tecido celular sub-cutaneo e compreendendo as primeiras fibras do cuticular do pescoço na observancia da estetica. Ligadura a cat-gut 0 0 dos vasos superficiais.

2.º tempo — Ligadura da veia jugular anterior a tentaculanula com auxilio de fio montado realizando-se a ligadura dupla. Prosseguiu-se o tempo dissecando todo retalho cutaneo pelo plano do tecido celular até alcançar



Obs. n.º 1 — Vista de frente



Obs. n.º 1 — Vista de perfil

o polo superior da tireoide, a direita, e mesmo um pouco acima deste nivel. Prendeu-se então o retalho com fio de sêda 1 ao campo da região mental, sem contudo perfurar a pele. Em seguida dissecou-se um centimetro o retalho fixo inferior. Surgiu a vista então o campo formado pela aponeurose cervical superficial, musculos esterno-cleido-mastoideos e os retos do pescoço (esterno-hioideo e esterno-tiroideo).

3.º tempo — No sentido de criar espaço incizou-se a bisturi na aponeurose o bordo anterior do musculo esterno-cleido, separado então dos musculos retos do pescoço. Ligadura dos pequenos vasos, separando o segundo auxiliar ao maximo cada feixe esterno-cleido para dar campo e deixar visualizar assim a irrigação arterio-venosa do polo glandular. O primeiro auxiliar com a tentaculanula facilita a secção da rafe que une os esterno-tiro-hioideos.

4.º tempo — Pela brecha feita é introduzida uma pinça longa de Kocher, que, na altura da metade dos musculos citados, à direita e à esquerda, e outra para baixo 5 mm. de cada lado também, previne e repara as extremidades que ficarão seccionadas com a tesoura reta.

5.º tempo — O segundo auxiliar muda o afastador do esterno-cleido esquerdo para o esterno-tiro-hioideo à direita, que é levantado até permitir a franca ascensão ao polo superior glandular, que o cirurgião prepara com uma pinça de garra montada em gase fazendo o descolamento.

6.º tempo — Infiltra-se 5 cc. de anestésico no polo superior e pratica-se então três ligaduras do pedículo vascular superior, ficando dois nós de sêda na extremidade proximal.

7.º tempo — Realiza-se agora o afastamento do tumor do lobo direito, no polo superior para que o primeiro auxiliar facilite o descolamento do bordo externo da glandula, observando-se cuidadosamente a vascularização arterio-venosa. Assim, com cautela, sem comprimir a traquéa chega-se com o auxilio da espátula montada ao polo inferior.



Obs. n.º 2 — Vista de frente



Obs. n.º 2 — Vista em perfil

8.º tempo — Ligadura da tiroidiana inferior: aí se praticam inúmeras ligaduras de veias especialmente na face postero-inferior da glandula. Então aparece, mais ou menos, claramente a carotida interna, protegida por tecido conjuntivo em bainha que se une ao plano tiroideo, a bisturi e com disseção vai se libertando a glandula, ligando-se previamente todo vaso visível em procura da arteria tiroidiana inferior prestando-se especial cuidado ao nervo recorrente, pelo que o doente pronuncia repetidas vezes as palavras America ou Australia. Após a certeza dada pela hemostasia provisoria de que não se comprometeu o laringeo inferior faz-se com sêda n.º 1 a ligadura definitiva, apreciando então a mudança de coloração do bocio que se torna azul-arroxeadado. O segundo auxiliar afasta agora todos os planos no labio inferior da incisão e com outro afastador separa fortemente o esterno-cleido no terço inferior, para deixar que o 1.º auxiliar ajude a terminar, pela face posterior, o lobo direito até o intermediario. Prestar então especial cuidado com as para-tiroides para que não sejam sacrificadas inutil e indevidamente.

9.º tempo — Para se realizar (quando necessario) a ressecção do istmo introduz-se uma pinça hemostatica curva entre este e a traquéa, lateralmente, de baixo para cima, separando estes tecidos, que serão seccionados entre duas pinças: aqui haverá hemorragia produzida pelas veias comunicantes que são ligadas a cat-gut 0, o que finalmente permite a retirada completa de todo o lobo direito.

10.º tempo — Observar rigorosamente a superficie deixada pela hemi-tireoidectomia, e, si nada sangra, tamponar e passar para o outro lado repetindo-se o mesmo processo.

Quando finalizada a operação à esquerda, reúne-se com sutura apertada e continua o tecido pre-traqueal que revestirá fragmentos do istmo, reunindo-se com pontos separados os musculos retos do pescoço, outro tanto fazendo com a bainha seccionada do esterno-cleido. Suturar cuida-



Obs. n.º 2 — Fotografia após 15 dias da operação

dosamente o cuticular para evitar retrações cicatriciais anti-esteticas, fleitando-se a cabeça no sentido tambem de verificar ainda uma possivel hemorragia. Drenagem por 24 horas do celular sub-cutaneo a crina. Agrafes na pele.

Esta a tecnica que obedecemos, com ligeiras variantes ocasionadas pela apresentação do tumor, nos casos que apresentamos, merecendo porém reparo o primeiro observado, já pelos motivos que exporemos adiante no capitulo dos accidentes e nos comentarios pessoais que faremos, como tambem pelo serio acidente que apresentou a paciente minutos após, terminada a extirpação total do tumor: achatamento plano da traquéa. Como estivessemos previamente advertidos da possibilidade dessa ocorrencia tinhamos à mão na mesa de instrumentos uma canula de Krishaber n.º 3 que uilizamos em rapida traqueotomia na sede de eleição, conjurando assim imediatamente a síndrome de asfixia apresentada pela paciente.

POST-OPERATORIO

Nos 1.º e 2.º dias apresentou apenas de importancia: temperatura de 39,5 com o pulso de 120 que dois dias após desceu a cifra de 100 batimentos por minuto e a temperatura ao nivel de 37, aí se mantendo até o dia 12 de novembro, quando começou a apresentar como unica anormalidade dispnéa noturna de decubito, apesar da medicação que havia sido estabelecida mercê da Passiflorine, Lasa, Calcio cloreto, Trombocitina, Scophedal, Sôro glicosado, Balmi, Coramina, Cardiureno, Pulmobenzil, Belafoline, Ascorbotrat, Glico-insulina, Neo-septicemine, distribuida no curso de 13 dias, findo os quais realizamos pela gentiliza do Dr. Antonio Castro e do Prof. Renato Lôbo um exame eletrocardiografico que revelou o seguinte: nenhuma alteração foi verificada no traçado conforme nos informou o Dr. João Sampaio Bastos, dedicado auxiliar daquele habil facultativo.



Obs. n.º 3 — Vista de frente



Obs. n.º 3 — Vista de perfil

No mesmo dia fez-se uma radioscopia, que, interpretada e realizada sob a orientação de Renato Lôbo, nenhuma anormalidade deixou perceber tanto do aparelho cardio-vascular como para o aparelho pulmonar. No sentido de prevenir provaveis accidentes toxicos da hipertireose post-operatoria ou que seria mais provavel da estrita responsabilidade da condição estrumipriva, ensaiou-se parcimoniosamente o uso da Triglandine, bem como da medicação eletiva propria dos disturbios cardiacos que começavam a se traduzir apenas por sinais e sintomas perifericos sem que todavia o exame fisico podesse revelar qualquer dado de segurança.

Por esse motivo lançamos mão tambem da Ouabaina intra-venosa, Glico-insulina, Cloridrato de morfina e finalmente Digitalina, tudo precedido do classico preparo para a recepção dos grandes cardiotonicos.

Apesar de todas as precauções que cêdo foram tomadas, do vigiar constante da doente e da orientação que nos poude fornecer o conjunto dos recursos eletro-cardiograficos e radiologicos a par da clinica, prosseguiram na sua marcha incontida os acessos dispneicos, brandos as vezes, fugazes outras, iterativos nos ultimos dias, tivemos a 14 de novembro a culminancia de todos eles que marcou o termino final em franca e irremissivel crise de edema agudo dos pulmões.

NECROPSIA

Realizada no dia 20 de novembro de 1940 e cujos dados nos foram gentilmente cedidos pelo Dr. Francisco Machado, dedicado tecnico do Serviço Medico Legal do Estado.

Causa mortis — Edema agudo dos pulmões. Miocardite.

Aparelho respiratorio-Traquéa e laringe — ligeira redução do calibre sem maior responsabilidade na síndrome.

Demais órgãos normais.

Reflexões sobre o evoluir e a terminação do caso. — Desde o aparecimento do primeiro acidente mecânico de compressão, até o confuso e desconcertante desenlace, mostra-se o caso preenhe de ensinamentos, fértil campo para uma série de conjecturas, do porte daquelas que não muitas vezes assumem proporções capazes de levar a terrenos e hipóteses paradoxais, deixando-nos por muito tempo a rebuscar na experiência alheia a explicativa idônea e ajustada a um esclarecimento satisfatório.

Assim, conhecedores da frequência relativa de um dos mais graves problemas imediatos às tireoidectomias em terrenos onde se desenvolvem ou já se desenvolveram leves ou acentuados os efeitos da tireotoxicose, seria oportuno incluir como expressão única a insuficiência subita, ventricular esquerda, dependente de tireotoxicose postrumectomia. Tal é o que nos leva a convencer a realidade de um desfecho fatal como consequência exclusiva do edema agudo dos pulmões inofismavelmente patenteado à necropsia, como expressão da falência funcional da cavidade esquerda, sem lesão anômica, até porque já haviam sido eliminados preoperatoriamente pela clínica, e os subsidios a ela oferecidos (eletrocardiografia e radioscopia) os acidentes que frequentemente impõem ataque e bradicardias tóxicas e mesmo fibrilação auricular. Tão sério é o quadro e tão brusco na sua terminação que é impossível a quem o assistiu jamais esquece-lo.

Daí pensarmos, evocando a título de explicação, as seguintes interrogativas:

1) Será a etiopatogenia aí condicionada pela absorção massiva e rápida da secreção glandular derramada no leito da estrictumectomia — superfície viva e cruenta altamente irrigada?

2) Ou tratar-se-á de excitação neuro-glandular pelo trauma operatório desencadeando agudo e ativo funcionamento do estroma restante, da porção ístmica?

3) Decorrerá tudo de uma manifestação circulatória, reflexo do desequilíbrio neuro-humoral, da desarmonia criada pela subtração brusca do tecido tiroideo em face à economia circulatória?

4) Será o caso de ausencia do "estado de adaptação", suplença ou acomodação desordenada na constelação simpático-glandular à nova situação criada pela intervenção larga, total?

5) Poder-se-á explicar o acidente referido, em doente que apenas em início apresentou tireo-cardiose ou mais propriamente tireotóxicose, reportando-se à possibilidade de reflexos inibidores ou ao contrario excitadores e hipertensivos criados nas secções traumato-operatórias da glândula?

6) Ou finalmente ter-se-á respondido bem acreditando satisfatória a irrefutável ação nociva da tireotoxina lançada em excesso, abruptamente, para a corrente circulatória obedecendo a soma dos fatores citados e com predileção especial para o sistema nervoso do edema agudo pulmonar, como acredita Frugoni?

Sendo tudo isto possível, separado ou conjuntamente, responsável pela causa-mortis, como se patenteou em tal caso de *adenoma atóxico da tireoide*, de forma nodular, difusa, demonstrado claramente está o perigo do aparecimento de acidentes que tais, em doente de há muito suportando por sua dinâmica circulatória eretil e fadada à falencia os terríveis influxos do Graves-Basedow.

Conhecendo-se com mais exatidão e repousando a orientação cirúrgica nos sólidos fundamentos da fizio-patologia dos traumas operatórios, poder-se-ia dizer, à guisa de conclusão: edema agudo dos pulmões consequente à dilatação aguda do coração esquerdo como expressão de choque vago-simpático, determinando sobrecarga excessiva para a atividade miocárdica em fase de miopragia.

Ainda não satisfeitos com o que havíamos encontrado às nossas reflexões, fomos ao encontro do que seria mais lógico supor e mais aceitável do ponto de vista fisiológico, — a condição esturmi-priva. Maurício Manguel em brilhante trabalho publicado em janeiro de 42, fruto do serviço do prof. Mendez, intitulado "Coração Mixedematoso", estuda a enfermidade de Zondek, em terreno oposto ao que havíamos repousado as nossas reflexões.

Já em 1880 Ord descrevia o coração dos mixedematosos, como hipertrofiado, flácido e dilatado, enfermidade na qual Zondek estudou as alterações físicas representadas na dilatação e insuficiência congestivas e nas características eletro-cardiográficas em especial constituídas pela inversão da onda T em primeira e segunda derivações.

Os estudos francêses com Laubry, Mucio Fournier e Walser, se reportam aos casos de angor pectoris dependendo de mixedema, descrevendo o caso observado no Charité por Mme. Cathala. Ainda mais, Ohler nos Archives of Internal Medicine, verificou 33 casos com alterações ventriculares e 7 alterações clínicas de dilatação cardíaca, enquanto Bruce Wester e Crispin Cooke referem

o estudo experimental de tireoidectomia com narcose pelo eter, verificando por final coração pálido, flácido e contendo líquido duplamente aumentado. De encontro à opinião geral do problema do aparelho circulatório no mixedema, Willies e Haines ao observarem 162 casos de mixedema, apenas em 7 verificaram alterações orgânicas que cederam só em um caso ao tratamento tireoideo. Coelho de Portugal, porém, não empresta importancia ao mixedema nas alterações cardíacas, acreditando até que no hipotireoidismo as manifestações cardíacas são raras. E' porém de sobejo conhecimento de quem afeito está à cirurgia tireoidiana, em que pesemos conhecimentos clínicos do assunto, que a tireoidectomia total no tratamento da insuficiência cardíaca permitiu que se conhecesse bem melhor da natureza exata das mutações cardíacas, no mixedema posoperatório. Por outro lado a existencia de casos que se pode rotular de mixedema monossintomático, de um só aparelho, quando essa manifestação reside no aparelho circulatório apenas, justo é reconhecer a propriedade da denominação dada ao quadro por Walser Routier de "miocardia hipotireoidea", condição morbida que Jimenez Dias denomina "miocardiose hipotireoidea".

Não poderíamos deixar de citar a abalísada opinião de Marfan ao acreditar que isto acarreta o desenvolvimento da arterioesclerose, com hipercolesterinemia, donde as manifestações cardíacas poderem ser ou somente funcionais de origem toxica ou por esclerose coronaria ou ambas combinadas.

Diante das breves considerações citadas, opiniões de inegáveis valor, poderíamos ajuntar, de acôrdo com o quadro clínico desenvolvido após a estrumectomia total, ao que se passa, aqui artificialmente provocada (extirpação cirúrgica glandular) a enfermidade Zondek?

Para tanto basta recordar a sumula dos sintomas e sinais comumente reconhecíveis: respiração breve e curta, dôr precordial podendo chegar até o quadro anginoso do miocárdio, anemia hipocrômica. A tudo isto Ruiz Moreno ajunta dilatação cardíaca total, contrações cardíacas lentas, e a luz da eletrocardiografia P e T baixas, ausentes ou invertidas nas 3 derivações. QRS de pouca voltagem, aumento do tempo de condução auriculo-ventricular, desenvolvimento do espaço. segmento ST — tudo que por ilan é confirmado.

Raras são porém habitualmente, as modificações do ritmo; apenas Willius referiu dois casos de síndrome de Stokes-Adams, nos quais existia bloqueio total em um e bradicardia sinusal em outro. Moussio Fournier descreve apagamento das contrações cardíacas, tons apagados, bradicardia e desproporção entre os sintomas físicos e as alterações funcionais. Apesar de Graviel descrever extra-sístoles ventriculares resistindo ao Gardenal e Quinia, conjuradas pelo uso da tiroxina, Mauricio Manguel se re-

porta ao aparecimento da angina do peito, acreditando talvez devido a deficiência coronaria preexistente e que se agrava pelo aumento das combustões organicas e do debito cardíaco provocado pela medicação tireoidea.

Zondek e Cathala invocam a dilatação miocardica atonica produzida por diminuição do tonismo cardíaco pelo mixedema em forma direta ou indireta, por intermédio de uma hipoexcitabilidade simpatica, chamando a atenção tambem, para a discordancia das relações físicas e as manifestações de insuficiencia cardíaca que faltam em geral.

Dá-nos conta ainda Mauricio Manguel dos recentes estudos de Stewart e Deitrick e Crane, que em 1938 verificaram nestes enfermos, além do metabolismo diminuido, uma diminuição do volume sistolico e do volume minuto com aumento da relação arterio-venosa do oxigenio, um retardo da velocidade sanguinea e uma capacidade vital diminuida, sem congestão pulmonar.

Finalmente o que é mais aceito de acôrdo com os estudos últimos é que a mesma substancia que infiltra os tecidos existe no coração e rodeia as fibras musculares produzindo a dilatação cardíaca e as alterações observadas nos traçados eletrocardiográficos.

COMENTARIOS

"Nos organismos muito diferenciados, como o homem, a conservação e a coordenação da vida são facilitadas mercê comunicações nervosas, de intercambios químico-físicos, que permitem estabelecer relações entre os distintos órgãos a que ficam afetas as diferentes funções".

Assim, o sistema nervoso senso-motor transmite e modifica relações com o mundo exterior, ao passo que, interiormente o sistema nervoso vegetativo, atende a que a ação conjunta das partes, mais diversas, assegure ao organismo de maneira total por suas vias e ganglios simpaticos e para-simpaticos, e mais, pelos seus centros primordiais na medula espinal, bulbo raquideo e diencefalo, a ordem das regulações nervosas.

A corrente humoral e a do aparelho circulatorio por outro lado, cuidam do transporte dos produtos elaborados para a atividade vital nas distintas zonas onde se desenvolvem preferentemente suas ações, e em todas as direções de modo a permitir que toda parcela segundo suas solicitações, participe do aproveitamento total e que, em relação com a sua capacidade funcional, intervenha por sua vez no trabalho do organismo, cumprindo as regulações químico-físicas. Para que tais órgãos cumpram com acerto funcional o desempenho de suas increções, necessario se faz um fator decisivo existir, — a irrigação sanguinea — que é regulada pelo sistema nervoso vegetativo, o mesmo que acontece

nos órgãos de secreção externa. O sistema nervoso vegetativo e os órgãos endócrinos, indiscutivelmente, se põe em íntima relação, nem só anatómica como funcionalmente, atuando simultaneamente ou reciprocamente, no sentido de um "duplo seguro" de que nos fala Leschke.

Desse modo, favorecendo um sistema a ação do outro, e em caso de necessidade inclusive se substituindo por ação vicária: — o papel do sistema nervoso vegetativo aqui se expressa no conduzir a excitação, distribuindo-a e mesmo acumulando-a; enquanto que o valor maior das ações químicas da secreção externa se constitui em estimular diretamente os órgãos a ele correlatos, e além disso em parte graduando a impressão dada pelo estímulo assim também o grau de excitabilidade, sobretudo nos centros e vias nervosas. Incontestemente também é o particular das ações antagonicas da increção e sistema vegetativo, constituindo o que Danisch chama de "circulo funcional fechado" — a formação da increção traduzindo acúmulo e mobilização, depende da propagação e transmissão dos estímulos (secretores e vaso-motores), pelo sistema nervoso, convenção que depende por sua vez do grau de excitabilidade nervosa, graduada pela influencia das increções o que para Mùhler é a expressão atual do tonus do sistema nervoso vegetativo influenciado pelas secreções endócrinas.

Os estímulos podem ser oriundos do sistema nervoso central ou serem transmitidos por via nervosa vindos pela periferia, sendo também algumas vezes concernentes a alterações do liquido circulante, ou por modificações da permeabilidade capilar.

Acresce acentuar, que a par da correlação fisiologica, já citada relação existe — a *genética* — entre uns e outros que faz ressaltar na procedência — *ontogenética* — e na estrutura morfológica.

Não seria pois de surpreender em face as manifestações constituídas pela fase morbida, que facilmente se pudesse discernir a visão clara o complexo "idioma da função alterada", no particular da expressão maxima do hipertiroidismo, incontestemente é a participação da tireoide, do timo e do simpático (Mohler), colaboração estreita que se permite exprimir de acôrdo com múltiplos fatores numa fisionomia clinica mutável, variante e complexa. Tudo isto se explica pelo conjunto que as glândulas formam, a manter certo equilíbrio sob a regulação e participação do sistema nervoso vegetativo, ficando a apresentação de um disturbio com predominancia de uma glândula, a guisa de pivot, aparentemente responsável único mas que em relação propriamente ao transtorno funcional, engloba, compromete a todas as demais, de vez que tôdas elas carecem também de precipuas inibições ou estímulos conforme sua situação no sistema global. Sobre tão interessante assunto insiste e acentua Mohler quando nos diz "o fundamental do vegetativo radica no órgão eferente, a totalidade a personali-

dade profunda resultam da correlação neuro endocrina que conserva, regula e restitue onde quer que haja falta”.

No estado normal, sabemos, é essa sinergia funcional, tendência do sistema nervoso que determina a rapidês e o curso do desenvolvimento, compõe a forma corporal, o crescimento e o metabolismo.

Acontece porém que as mutações emprestadas a todos nós pelos fatores exogenos, as circunstancias econômicas, modo de vida, defesa e adaptação, a alimentação e a carência, os danos e compensações, por tôda esta série de motivos que se capacita sobejamente a produzir a transformação do genotipo em “fenotipo”, tudo isso, a par dos caracteres nocivos do hábito e a se constituir o motivo de uma ocorrência paradoxal no que tange a influência hormonal a depender da modalidade reativa individual.

Do que vimos de afirmar acima, calcados em autoridades consultadas pôde-se então levar a concatenar uma hipótese relativa a “causa mortis” no nosso caso (número 1).

E’ uma das razões justas que se vem sustentando hodiernamente, sôbre que tôda a ação hormonal depende da sensibilidade, da reatividade do órgão excretôr e da particularidade constitucionais em relação ao sistema nervoso vegetativo. A êste respeito BAUER refêre a persistência da taquicardia e da hiperexcitabilidade vaso motora, persistindo mesmo após haver feito chegar até valores normais e sub normais o metabolismo basal em continuação ao tratamento oportuno na doença de Basedow, tendo-se chegado a produzir com êle sintomas de abolição funcional tiroideana e até manifestações ligeiras de mixedema.

Neste caso, se pôde acreditar que, pelo hipertireoidismo precedente se determinou uma hiperexcitabilidade de tal parte, uma verdadeira sensibilização na inervação cardio vascular, a qual, em face à função tireoidiana, comporta-se como excéssiva uma quantidade de hormônio que para o resto do organismo já era insuficiente para se tornar tóxico.

INERVAÇÃO — Para que melhor clarêsa possamos ter na exposição, a seguir daremos em continuação uma breve notícia da inervação da glândula tireoide, de modo a permitir uma compreensão fácil da fisio-patologia:

SIMPATICO: filetes cardiacos simpáticos, compreendendo os nervos Cardiacos superior, médio e inferior.

O *Cardiaco superior* dá quatro raizes: uma principal, dando dois ramos ao pólo superior (ramo superior e ramo inferior), e uma segunda raiz dando ramos: superior (filetes para o plexo capsular tiroideano e termina no ramo cardiaco que vem do ramo externo do laringe superior) e inferior com três ramos restantes do nervo cardiaco e um superior, e um ramo para o pólo inferior).

O Cardíaco Médio: se termina no pólo inferior da tireoide, dando filetes que se anastomosam com o plexo capsular.

O Cardíaco Inferior: que antes de cruzar a artéria carótida primitiva, emite um ramo descendente para a glândula.

PLEXO FARINGEO: ramificações do glôso faringeo, pneumogástrico e simpático.

O Glôsofaringeo emite ramos posterior e lateral, que dão vários ramos.

O Hipoglôso — dando ramo descendente (filetes para o plexo tireoideo) e ramo cardíaco do hipoglôso (para o pólo glandular inferior).

O Pneumogástrico — participa pelos ramos emanados do laringeo superior, nervos cardíacos pneumogástricos e nervo recorrente, que tomam destinos diversos indo terminar em porções diversas.

CLASSIFICAÇÃO ETIO PATOGENICA

Não se tendo até o momento chegado a firmar definitivamente e de modo inconteste a classificação dos bócios e das formas clínicas reveladoras das perturbações funcionais da tireoide, por isso que o vasto número de classificações tem obedecido a critérios diferentes para o seu fundamento, procuraremos aqui, após uma revisão ampla no particular, tornarmo-nos partidários da orientação acertada que delineou Danielopolu.

Este A. orientado pelo modo como se torna o organismo capaz de fazer a manifestação clínica em seguindo as tendências reativas e individuais em face ao distúrbio que apresenta, fundamentou-se na etiopatogenia e assim distribuiu o assunto:

1) Formas Endemicas. 2) Formas Esporadicas.

Visando o modo de se comportarem funcionalmente os sistemas neuroglandulares, realiza com muito acerto a distinção seguinte:

- a) NORMOTIREOIDIAS
- b) HIPERTIREOIDIAS
- c) HIPOTIREOIDIAS.

Fez Danielopolu a inclusão no grupo *a* das difrentes variedades de Bócios Simples, endemicos ou não, sem perturbações da tireoide. Ao grupo *b* são pertencentes as síndromes basedowianas, os bócios basedowiados, a Doença de Graves Basedow, o adenoma tóxico, e basedowismo.

Entre as hipotireoidias finalmente, se inclui o Mixedema, o cretinismo, a idiotia e a surdo mudês tireoidianas.

Detalhadamente expõe que, na realização dos bócios endêmicos, admite como causas patogenicas fatores individuais como expressão de predisposição individual, especialmente o estado do tonus vegetativo, influência da puberdade, gravides, taras, intoxicações, fatores emocionais e finalmente o fator predisponente constituído pela água de beber, causa aliás discutível, refutável por um grande número de críticos abalisados no assunto.

Na sua opinião o que se passa é o seguinte: normalmente existe uma capacidade reacional do organismo em face a todo agente morbigeno; assim quando a capacidade reacional tiro vegetaliva é "suficiente" a glândula se hiperplasia restabelecendo-se o equilíbrio; (grupo *a* das Normotireoidias);

Quando porém tal capacidade é "intensa" a glândula ultrapassa a reação e a hiperplasia não tem tempo de fornecer vesículas, de formar coloide que põe em reserva os hormônios e estes últimos passam em grande quantidade para o sangue: daí se segue uma super produção de endoestimulinas tireoidianas que, por sua ação anfetropa sobre o sistema nervoso vegetativo exagera o tonus deste sistema que por sua vez estimula a hipersecreção da glândula criando deste modo o círculo vicioso que gera a hipertireoidia (grupo *b*);

Quando ao contrário a reação é "muito fraca", após um estado de hiperplasia a glândula sucumbe e se atrofia condicionando a hipotireoidia do grupo *c*.

Acontece algumas vezes existir um bocio simples que se transforma pela quebra da resistência da glândula em hipertireoidismo, daí resultando bocio com mixedema ficando um processo inverso para explicar o caso do bocio basedowiado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Frequentemente erroneo o diagnóstico diferencial do hipertireoidismo pelas condições que comumente produzem sintomas iguais, necessário se faz referir as observações feitas na clínica especializada do Dr. Alfred H. Noehren. Entre as principais são para citar as neuroses, as enfermidades orgânicas do coração, a astenia neuro circulatória, a hipertensão e alguns casos que variam da paralisia agitante ao temperamento artístico:

Estalece êle como axioma entre a primeira destas enfermidades e o hipertireoidismo, a questão da taquicardia que nas neuroses se apresenta mutavel, de acordo com as variações de postura a que se submetem os doentes, ficando fixas só na tireotoxicose; o tremor quasi é imperceptível, fino no hipertireoidismo, sendo nas neuroses muito acentuado. As sensações subjéctivas de calor e frio são sempre alternadas nas neuroses, enquanto são sómente de calor na disteroidia. A perda de peso, acentuada, leve ou sútil

porém gradual e quando acompanhada de apetite regular é índice favorável no sentido do diagnóstico de hipertireoidismo ao passo que nas neuroses é muito pronunciado, o que se prende à recusa formal que o doente opõe à utilização do alimento.

Os resultados do metabolismo em acertiva que já expusemos anteriormente, parece a Noehren não se deve considerar como índice seguro mas como um fator acessório; assim: uma quêda, uma quôta muito baixa anota a ausência provável de hipertireoidismo não sendo a reciproca verdadeira, devendo-se expressamente avaliar com cuidado os fatores estranhos que podem interferir na conclusão dessa prova.

A análise do iodo e do colesterol no sangue é prova difícil e delicada, não dando grande resultado nos casos duvidosos. A iodoterapia à Plummer consegue em muitos casos servir de velho proloquio "*natura morborum curationem ostendunt*". De relação às enfermidades orgânicas do coração, suficientemente graves para produzir uma taquicardia que seja tomada erroneamente como um fator a mais e de não pouca valia no diagnose das hipertireoidias, se fazem acompanhar por outro lado quer de sinais quer de sintomas verdadeiramente capazes de defini-la isoladamente.

Em tais casos mais uma vez o metabolismo de base, a dispnéa e o edema podem induzir a grandes enganões como por exemplo nos casos de tireocardiôse.

A astenia neuro circulatória se classifica entre as neuroses tendo características próprias, variando as sensações de frio e de grande sudorêse com a taquicardia que, não sendo presente em todos os casos acontece que os pacientes possam apresentá-los amiudadamente, o que será certamente apurado num exame clínico cuidadosamente realizado.

A hipertensão pôde também produzir taquicardia e dispnéa e algumas elevações na taxa do M.B. porém geralmente nenhum sintoma que nos lêve a pensar no hipertireoidismo.

Na verificação de sinais característicos do hipertireoidismo, que em alguns casos se mostram exuberantes, em outros mais apagados, num presentes em totalidade e em outros com a representação de uma única evidência, devemos incluir como mais importantes os seguintes, dando, é claro, o valor que em conjunto devem merecer, sem todavia desprezar o papel de alarme que isoladamente poderá ter como orientação para a etapa do diagnóstico ainda não pensado ou em certas oportunidades ainda dubio.

Entre todos os sinais oculares resalta de importância a Exoftalmia, discreta ou evidente, chave muita vez de casos embarçosos e em circunstâncias especiais único elemento que nos faz conduzir o doente ao exame do M.B. Justin Benzançon, estudando a exoftalmia mostra que se o hipertireoidismo favorece ou desencadeia a evidência deste sinal não é contudo nem necessário

nem suficiente por isso que sabemos hoje que se a considera na Síndrome de Graves como a criação de um hormônio simpático-mimético, sinérgico da tireoidina, agindo sobre os músculos lisos orbitários de inervação simpática.

Discute-se entretanto a parcela que explique satisfatoriamente se este hormônio é ante-hipofisário, tireoidiano propriamente ou suprarenal. Acredita-se como fato aceito por muitos pesquisadores do assunto que a exoftalmia obedece a um excesso de gordura na órbita (Mendel), a uma contração da musculatura de Muller acompanhado de uma congestão retro-bulbar. De qualquer modo o seu papel etiopatogênico fica ainda para discutir e ser resolvido, esperando-se em breve a sua clara explicação. É necessário saber que nem sempre este sinal comparece perfeitamente individualizado, sendo tantas vezes revestido de características muito próprias, bem definidas, permitindo que se tenha classificado de "olhar especial", de expressão particular, motivo de preocupação por parte do doente e servindo como guia orientador para o início e direção do exame clínico.

A este precioso sinal se seguem os de: Dalrymple que é o aparecimento da esclerótica supra corneana quando se ordena ao doente que olhe para baixo; o de Stellwag consistindo na raridade da mobilidade da pálpebra superior; de Jeffroy representado na ausência de movimento frontal quando o paciente olha para cima; de Louys constituído pela midriase anormal quando instilada adrenalina; Jellineck ou seja a pigmentação escura das pálpebras e o sinal de Stoler que se representa na hipertrofia da órbita.

Comparecendo como asseguramos acima, em conjunto ou isoladamente, estes sinais oculares merecem especial reparo por parte do clínico, que, deste modo poderá mui cedo despistar uma síndrome de evolução frusta, de diagnose tantas vezes difícil e portanto de regular importância prognóstica e terapêutica.

Em certas oportunidades comparece o hipertireoidismo representado por uma "triade de projeção" e que se compõe de:

Sinal de Marañon (rubor da pele ao nível da tireoide após ligeiro atrito); sinal de Lian (hiperestesia da pele que cobre o bocio); sinal de Sareski (secreção de suor ao nível da região tireoideana após injeção de pilocarpina).

Ao lado desta triade ou em seu lugar pôde algumas vezes surgir aquela de "Morsebourg", constituída de Bocio, exoftalmia e taquicardia, representação sumária de inestimável valor, de comparecimento mais ou menos frequente e fácil reconhecimento, tudo acompanhado de discreto ou regular aumento da glândula.

Habitualmente se verifica uma reunião mais ou menos estreita de sinais e sintomas, locais e gerais, tradutores do processo evolutivo tóxico, inicial ou em progresso adiantado, distribuindo-se como temos visto: "expressão característica do olhar,

alterações da vida animica, mudança de caráter, irascibilidade, caprichos imotivados, precipitação no falar, ideação agitada, perda de peso, aumento do apetite, canície prematura (metabolismo do arsenico), sudorese excessiva, humidade exagerada da pele, ligeira coloração hiperemica do pescoço, sensações de calor, paroxismos diarréicos, transitorios ataques de fibrilação auricular", situação que tão fielmente nos descreve Abreu Lima em seu último trabalho sobre tireoidectomias. Temos por outro lado oportunidade de verificar antes que os sinais físicos se façam presentes o surgir muito especial de perturbações psíquicas, causa ou efeito do hipertireoidismo, constituindo-se alguns casos em uma completa história de psiquiatria com um polimorfismo muito interessante.

Entre as perturbações circulatórias, se constata de início: taquicardia muito característica, incomodativa, especial; hipotensão arterial discreta sem causa aparente; dispnéa de esforço, noturna quasi sempre. Ao exame clínico se encontra um miocárdio eréctil, com ictus amplo, batendo com força, havendo frequentes crises de arritmia extrasistolica e até de fibrilação auricular.

Oswald acha que os casos de morte subita observados no curso do Graves são o resultado da propagação desta fibrilação ou miocárdio ventricular. Não raro se ouvem sôpros sistolicos funcionais, ou no fóco aortico ou no mitral e mesmo no pulmonar (vide nossa observação), ao lado de refôrço das bulhas em qualquer destes focos.

O excêso de trabalho cardiaco léva o miocárdio a se hipertrofiar chegando em certa etapa de impregnação tóxica a se dilatar, especialmente no antro verticular esquerdo, razão das mortes se desencadarem em plena crise de edema agudo pulmonar, expressão máxima desta eventualidade muitas vezes inopinada e brutal. (Vide obs. n.º 1).

Ao lado da etiologia já consignada ainda se deve acrescentar como causa muito provável e perfeitamente compreensivel o desenvolvimento da infecção focal, hoje geralmente aceita e reconhecida, embora sem os exagêros de que tem sido ela elemento para um sem número de rótulos de casos diversos.

Pela primeira vez Rosenow descreveu sua responsabilidade tendo de então para cá recebido as denominações de "sepsis lenta, sepsis flutuante", como é conhecida na América do Norte, onde, aliás, existem correntes que a prestigiam e outras que desvalorizam a sua posição no quadro de etiogenese de muitos procêssos mórbidos, particularmente glandulares.

Segundo a forma evolutiva, a infecção focal pôde se caracterisar de dois modos: infecção aguda (início brusco, sintomas claros), ou infecção focal crônica, com aspêto patogênico obscuro, impreciso e irregular.

Para desenvolver à distância seus efeitos, a infecção focal se assêsta em vários departamentos orgânicos, sendo de maior

predileção as amídalas, os seios da face, os dentes, os anexos, as vesículas seminal e biliar e o ouvido médio. Os germes responsáveis provêm destes próprios focos e se representam num polimorfismo, sendo tantas vezes associados (estrepto e estafilo), agindo em outras oportunidades como elementos provocadores de certo grau de alergia microbiana.

E' portanto a infecção focal um elemento também capaz de condicionar, só ou conjuntamente com outro fator o desenvolvimento de um *bocio*, tóxico ou não, tudo dependendo de fatores outros também tireogênicos, parasitários, tóxicos, havendo alguns até de modificações biológicas (gravides repetida). Assim, às teorias: — hidrotérmica de Danielopolu, de deficit iodado (atividades fisiológicas), química se representando no excesso dos sais de cálcio e magnésio, deve-se, com justa razão incluir a "teoria tóxica-infecciosa" — representante etiológica segura e exclusiva mesmo em muitos casos.

LABORATÓRIO

Entre as provas de laboratório, dispõe o clínico do Metabolismo de Base, dos tests de Means e do Glutation, de que falaremos a seguir.

Rivoire e Bermond criaram um processo muito sensível, específico e fácil de se pesquisar, destinado a verificar o desaparecimento do glutatión oxidado do sangue o que não se observa praticamente nunca fora desta síndrome conforme apuraram em experimentação de 700 dosagens.

Warembourg insiste sobre a complexidade da glândula em sua interferência sobre o equilíbrio glicêmico, em parte aparecendo como hiperglicemiante por sinergia funcional com a suprarrenal e de outra parte a tireoxina exercendo um efeito glicolítico ao nível dos tecidos, especialmente no fígado, músculos lisos, miocárdio preferencialmente.

Daí decorrem as interessantes provas que o laboratório nos poderá fornecer pelo estabelecimento das curvas glicêmicas quer em estado de repouso, jejum ou fazendo contraste entre os dados assim obtidos e os que se poderão colher após as provas de hiperglicemia provocada pelos meios habituais.

A velocidade sanguínea, (sacarinato de sódio) — é também uma verificação que se tem pesquisado, sendo devidamente apreciada por Henri Godard que lhe exalta o valor no particular de permitir o diagnóstico das formas frustas onde encontra a cifra de 15 segundos expressão segura para subsidio diagnóstico.

Do metabolismo — Sem que de longe nos propuzessemos a asseverar a obrigatoriedade sistemática ou menosprezar a utilidade real da medida metabólica em todos os casos de Bocio,

chegamos a nos prevenir sobre o modo de como se enaltece até o exagero, o sistema moderno em prática de ceder passo ao laboratório em detrimento do que pode fartamente fornecer a clínica. E disso tanto mais nos convencemos, após as delicadas mas incisivas críticas de Richet, Carrel, Fleury, entre outros, exprimindo nas entrelinhas de apreciações humorísticas, o balancear do valor, da utilidade e da oportuna apreciação dos métodos laboratoriais.

Ninguém contradirá certamente, que de modo insensível terse-á muita vez deixado entusiasmar com a vertiginosa voga enfática da "medicina estatística", em detrimento desarrazoado da boa clínica no julgamento dos doentes a priori, criando-se deste modo um método nocivo e estabelecendo-se nas raias do absurdo uma formula standart, padrão que conduz a confundir enfermidades com doentes, esquecendo-se de suas condições personalíssimas. E' o caso por exemplo, na análise do coeficiente tóxico das tireoidias, por ela só, determinar a hora cirúrgica dos Bocios e até formular índices prognósticos, entrementes norteando a terapêutica médica ao lado da dietética, pela simples verificação da taxa do metabolismo de base. E' comum ver-se serviços em que os doentes somente são operados, e isto vai ganhando certa norma rotineira, quando o seu coeficiente metabolico atinge mais 15%, deixando-nos aí o direito de interrogar: se mais valiosos não são os dados obtidos à cabeceira do doente, colhendo pela observação mais estreita dos seus gestos, palavras e idéias, da tireotoxiose, que qualquer outro lado matemático.

Basta pela resposta que façamos nossas as palavras do mestre Chutro quando diz — pecam por credulidade excessiva os que confiam no metabolismo exclusivamente; é o metabolismo um método infiel ao qual não se pode creditar uma responsabilidade tão grande como a de fixar o momento oportuno para realizar operação de tal importância. A investigação do metabolismo no início do pre-operatório tem realmente, como em meio do tratamento clínico de preparo, uma inegável utilidade, qual seja a de indicar aproximadamente o índice de atividade tóxica ainda existente no processo. Acontece porém, que após a cura de repouso, no crítico instante da decisão operatória é hábito recorrer ao M.B. sendo aqui ainda mais flagrante o prejuízo e mais contraproducente a indicação por chegar-se quasi sempre a resultados que não correspondem de modo algum à realidade, mercê alterações dinâmico-circulatórias oriundas numa fase de excitação e emotividade.

(Continua no próximo número)

Philergon, fortifica de fato

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,
EM 4 DE AGOSTO

Presidente: Dr. A. Dácio Franco do Amaral

Novo tratamento da malária pelo tanato de potássio (Nota prévia)

— Dr. Carlos Gomes Pereira —
A ação terapêutica do café na malária constituía, no século passado, um fato de conhecimento vulgar, podemos dizer. Defendiam-na Rasori, Guindel, Murrey, Bouchardat, sendo que este último aconselhava o seu aproveitamento nos casos em que falhasse o quinineo.

Modernamente, Candido Fontoura, em seu trabalho sobre o café, cita o dr. Restrepo, da Colombia, que curara diversos casos de malária, resistentes ao quinineo, com a aplicação de simples infusão de café. Durante a grande epidemia de malária do ano passado, surgiu novamente entre nós o café, reafirmando o seu poder antimalárico, em mãos

de caboclos curandeiros do norte do Paraná e na alta Sorocabana. Experimentámos, em Cambará, com resultado animador, o cosimento de café cru, em dois maleitosos; posteriormente, na sede da filial da Cruz Vermelha Brasileira, em Santos, repetimos a experiência, desta vez em três pacientes e sob controle de laboratório, administrando-lhes em seis dias consecutivos, 150 cm³ de cosimento de café cru concentrado. Consistia o processo em submeter à fervura, durante três horas, meio quilo de café cru, em dois litros de água, até que o volume desta ficasse reduzido à cerca de 150 cm³. — O resultado destas provas foi clinicamente apreciável, pois, de logo pararam os acessos; entretanto, o exame do sangue,

**Laboratório de HORMOTHERAPIA****Alché**

ESCRITORIO EM S PAULO — TEL. 4-6462

Hormocerebrino Masculino

12 ampolas de 1 c. c.

*Sôro hormônico masculino ativado com a substância cinzenta do encéfalo.***Hormocerebrino Feminino**

12 ampolas de 1 c. c.

Sôro hormônico feminino ativado com a substância cinzenta do encéfalo.

Indicado nas depressões nervosas, na epilepsia, na histeria, nas fosfatúrias, nas várias nevroses de origem simpática.

feito logo após a última dose empregada, acusou ainda a presença de parasitas.

Observações ulteriores, feitas em Cambará, ou se mostravam pouco convincentes, ou de todo, falhavam em muitos casos. Contrariámos, porém, neste particular, a indicação dos autores, que mandam seja administrada, em jejum, uma chicara grande de infusão de café torrado, em forte concentração, e adicionada de suco de limão. Mandámos preparar, portanto, no Instituto Medicamenta, um extrato fluido concentrado de café crú, na proporção de quatro para um; deu-nos resultados clínicos inconstantes, cuja causa atribuímos à ação desfavorável do ácido clorídrico do estômago, que, pareceu-nos, destruiria o princípio ativo do café. Pensámos, então, em pílulas queratinizadas.

O produto do cozimento foi reduzido a extrato mole para esse fim; mas o número de pílulas correspondentes à dose diária necessária ficou enorme — mais de cento e vinte. Nosso objetivo também apresentou o seu lado cômico e faz rir os céticos, que sempre os há nestes casos. O extrato de café preparado pela evaporação a 100° adquire cheiro de açúcar queimado e se torna insuportável ao estômago, provocando náuseas, vômitos e mal estar generalizado, que se prolonga por mais de um dia. Reparámos a falha: o sr. Massara, do Instituto Organoterápico Brasileiro, gentilmente nos preparou, no vácuo e a baixa temperatura, partindo do extrato fluido do Instituto Medicamenta, um extrato mole de paladar agradável e bem tolerado pelo estômago.

De parte estas dificuldades, interessava-nos sobretudo descobrir o princípio ativo antimalárico existente no café. Consultada a análise química do café realizada por Payen, recaíram as nossas suspeitas no clorogenato duplo de potássio e cafeína, que, segundo este autor, se encontra no café na

proporção de 4,5 a 5 %. Seria necessário desdobrar este composto e, assim, obter separadamente o clorogenato de potássio, o clorogenato de cafeína e o ácido clorogênico livre, com o que poderíamos experimentar, isoladamente, a ação de cada um deles. Não podendo, com os nossos próprios meios, resolver este problema, recorremos ao Laboratório Paulista de Biologia, que, leal e desinteressadamente, nos acolheu: o prof. Quintino Mingoya, seu diretor químico, nos preparou clorogenato de sódio. Desejámos, entretanto, experimentar o sal naturalmente contido no café e, pois, solicitámos ainda ao prof. Mingoya nos obtivesse o clorogenato de potássio. Nesse interim verificámos, consultando a enciclopédia de Ullmann, que, na composição química da pimenta do reino, antimalárico muito conhecido de nossos caboclos, se encontrava tanino. Isto nos levou à conclusão de não ser peculiar ao tanino do café exclusivamente a propriedade antimalárica neste observada. Diga-se de passagem que o ácido clorogênico, mais conhecido como ácido cafetanico, é o tanino do café. O que a princípio nos pareceu virtude privativa dos taninos do café e da pimenta podia ser atribuída a quaisquer taninos afinal; em suma, ao ácido tânico oficial. Compreendemos também que a cafeína não colaborava na propriedade antimalárica do café, pois inexistia na pimenta, outro antimalárico, como já o dissêmos.

Isto posto, restava-nos o tanato de potássio, como sendo o princípio ativo procurado. Deixando de parte a trabalhosa preparação do clorogenato ou cafetanato de potássio, fizêmos nós mesmos, com tanino puríssimo de Merck, em polas de solução de tanato de potássio, que foram experimentadas pela primeira vez a dez de março deste ano, no serviço do dr. Clovis de Moura Lacerda, na sede da filial da Cruz Vermelha Brasileira,

em Santos. O feliz resultado inicial veio confirmar plenamente as nossas suspeitas; havíamos encontrado, sem dúvida, um novo antimalárico — o tanato de potássio.

O ácido tânico, experimentado isoladamente, foi de todo ineficaz; revertia ao tanato de potássio a ação parasiticida observada. Aliás, se esta propriedade antimalárica se devesse ao ácido tânico, o tanato de quinino por certo nos daria o antimalárico ideal; entretanto, como é sabido, constitui um dos sais de quinino menos aconselháveis na terapêutica do impaludismo.

Já a terminar, lembramos que, segundo conta Bouchardat, certas regiões do norte da África, na Argélia, seriam inhabitáveis se não fosse o grande consumo que a população dessas regiões faz do café, que ingerem dois e tres litros da bebida por dia, foram poupados na fortíssima epidemia de malária do ano passado, muito embora residissem em zonas francamente infectadas.

Semelham o café em sua composição química o guaraná e o mate (usados pelos nossos indígenas), a noz de cola (pelos pretos africanos), e o chá (pelos asiáticos); devem, portanto, ser também antimaláricos; o uso abundante e sistemático dessas bebidas estimulantes deve conferir imunidade à malária. O tanato de potássio é também encontrado nas sementes, legumes, frutas verdes, vinho, caldo de cana, pimenta, etc.

A priori podemos admitir que o problema da malária se resolverá pela alimentação adequada. A presença de tanato de potássio nos alimentos, à semelhança das vitaminas, seria indispensável à preservação do organismo contra a malária, e, também, à preservação da saúde.

Posterior e oportunamente apresentaremos nossos estudos e observações relativos ao novo tratamento da malária pelo tanato de potássio.

Sobre os Anofelinos transmissores de malária no Município de São Paulo — Dr. Silvio J. Grieco

— A capital paulista foi sempre considerada região de anofelismo sem malária, pois as febres aí reinantes e identificadas, no século passado, como sendo de natureza palúdica, foram, por Lutz e outros pesquisadores, identificados à febre tifóide. Assim, casos de malária na Capital, julgados autóctones constituíam, por sua raridade, motivo para apresentação a Sociedades Médicas. O primeiro surto da parasitose, realmente constatado nas vizinhanças da Capital, se revelou em 1940, nas proximidades da represa do Rio Grande, também denominada represa Nova, e foi bem estudado por Ayroza Galvão, do Departamento de Parasitologia, da Faculdade de Medicina de São Paulo. Este pesquisador assinalou, então, naquela ocasião, e pela primeira vez, a presença, no Município da Capital, do *Anopheles darlingi*. Esta espécie é antropófila e frequente, em forte densidade, as casas. É, outrossim, o vetor autóctone mais perigoso do Brasil. A presença deste anofelino nas cercanias de São Paulo influiu acentuadamente na transmissão da malária na região. Os focos larvários do *A. darlingi* encontrou-os Ayroza Galvão nas margens da represa, em pequenas entradas protegidas parcialmente pela sombra dos caméfitos e capim alto.

Posteriormente, verificamos a existência de focos do *A. darlingi*, não sómente na Represa Nova, mas também na Represa Velha e, ainda, muito mais abaixo, nas águas do Rio Pinheiros. Com a dispersão do *A. darlingi*, verificou-se também o alastramento da moléstia, que atingiu não sómente a população que habita as margens das represas, como também os habitantes das margens do referido Rio até a distância de 2 quilômetros do bairro da Cidade Jardim. Em 1941, publicamos, em colaboração com o Dr.

Ayroza Galvão, um estudo sobre a infecção natural do *A. darlingi* nas zonas maláricas do município da Capital: dissecando 105 anofelinos desta espécie encontramos 7, isto é, 6,6 %, com oocistos no estômago e 2 com esporozoítos nas glândulas salivares.

Nos estudos que fizemos sobre o *A. darlingi*, nos arredores da Capital, verificamos que a constância com que se encontra esta espécie no interior dos domicílios é verdadeiramente notável. Assim, em 30 capturas domiciliares que efetuamos, durante os meses de abril, maio, junho, julho e agosto, foram apanhados 146 espécimens de anofelinos, sendo que um único exemplar era de *A. (N.) strodei* e os restantes 145 pertenciam à espécie *A. (N.) darlingi*. Também vemos que nos meses quentes é que são encontrados os anofelinos dentro das casas. Desaparecem completamente durante os meses frios. Difere assim o *A. darlingi* das espécies neoárticas, as quais, na estação fria, procuram abrigo nas casas desocupadas ou em cômodos pouco usados das casas habitadas, tais como porões, adegas, águas furtadas, etc., onde se tornam inativos. Podem assim sobreviver durante 70 ou mais dias sem nenhum alimento. Em geral são as fêmeas virgens que assim hibernam. Não verificamos tal fato entre nós, apesar das pesquisas cuidadosas realizadas durante os meses frios de 1941.

O estudo por nós realizado sobre a infecção natural desta espécie compreende dissecções dos exemplares apanhados em domicílio à porta de domicílios e nas paredes externas das casas, em um período que de abril a junho de 1941, nas povoações e bairros situados nas vizinhanças das represas assim como ao longo do Rio Pinheiros, nos quais já assinaláramos numerosos casos de malária.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barreto. — Em primeiro lo-

gar desejo felicitar o autor de tão belo trabalho. Disse o dr. S. Grieco que o *albitarsis* de S. Paulo não pica durante o dia e se o faz, fá-lo acidentalmente, e, assim mesmo, perto dos criadouros. Entretanto, em Palmeiras, em 1938, tivemos ocasião de observá-lo picando o homem durante o dia. Cumpre notar ainda que esta raça era absolutamente idêntica à de São Paulo.

Quanto à atração dos anofelinos pela luz, disse o dr. Grieco, que especialmente os *darlingi* não são atraídos pela luz. Entretanto, só foi citada uma observação, quando para se afirmar o fato, seriam necessárias observações.

Quanto ao resultado das capturas, creio que teríamos necessidade de estabelecer uma média horária, para se poder concluir. A este respeito, desejo ainda perguntar ao dr. Grieco, qual foi o número de capturas realizadas nos meses frios; é interessante que ele não tivesse apanhado os *darlingi* nos meses frios, porque é sabido que os anofelinos no Brasil não hibernam.

Diz ainda o A., que o *A. darlingi* é o único vector em São Paulo. Seria melhor, entretanto, que se dissesse que ele é o mais importante, uma vez que não eliminou a possibilidade do *A. (K) cruzi* poder transmitir a malária.

Prof. Samuel Pessoa. — Desejo observar apenas, que o dr. Grieco afirmou que o sul de São Paulo, a pesar de não ter encontrado o *darlingi*, existe malária endêmica. Isto faz crer, que pesquisas mais intensivas, possam descobrir, lá, este ou possivelmente outro vector.

Estou a este respeito de inteiro acordo com o dr. Mauro Pereira Barreto, quando ele diz que a espécie vectora principal é o *darlingi*, mas não é a única espécie, porque fatalmente haverá outras.

Dr. Silvio Grieco. — Em primeiro lugar, quero responder ao dr. Mauro Pereira Barreto, di-

zendo que, de fato, em meu trabalho, fiz citação dos seus trabalhos em Palmeiras e também aos resultados obtidos por Airoso Galvão, em nossas observações, no Brooklin Paulista, tivemos ocasião de observar, ainda uma vez, que os *albitarsis* nunca nos procuraram picar durante o dia.

Quanto à atração pela luz, eu me expressei mal em meu trabalho, porque não fiz apenas uma captura luminosa mas muitas, tendo sempre verificado que o *darlingi* é muito pouco atraído pelos focos intensos de luz. Ainda mais, ao crepúsculo, mesmo perto das matas, os *darlingi* não procuravam picar, mas quando me dirigia para a casa dos caboclos, tinha ocasião de verificar os *darlingi* cheios de sangue, que eram caçados no interior das casas, enquanto fora, outros, vazios de sangue, procuravam penetrar nelas.

Quanto à questão de eu incriminar apenas os *darlingi* e não as outras espécies, como vectoras de malária em São Paulo, isto foi baseado no fato de, no sul do Município de São Paulo, a zona ser de baixa endemicidade, apesar de ficar muito próxima da serra e de vários rios, onde existe a malária autóctone e lá não ser encontrado os *darlingi*. Não podemos entretanto afirmar que não existam outras espécies porque as nossas pesquisas nesta zona, foram feitas em tempo de frio (julho-agosto). Durante este tempo, apenas duas vezes conseguimos capturar larvas de *darlingi*; quem sabe se a temperatura fria tivesse influido neste resultado. De fato, tivemos ocasião de observar de um modo geral, um decrescimento enorme de *darlingi* nos meses frios. Seria necessário, então, que orientassem os nossos estudos no sentido de serem encontrados os focos, pois eu também não creio em hibernação, pelo menos aqui em nosso país. Isto tudo, nos faz pensar em focos de resistência e

tanto isto é verdade, que em condições climáticas favoráveis, são raros os novos casos de malária, tendo-se o cuidado, naturalmente, de não incluir neste número os casos de reativação por esplenomacriação, etc..

Estudos sobre a ação antitóxica da clorofila. Primeiros resultados com o veneno crotálico (*Crotalus terrificus*) e toxina tetânica — Prof. Dr. D. Fonseca Ribeiro e Dr. Laerte M. Guimarães — Os A. A. demonstram que soluções aquosas de clorofilinato de potássio sofrem um processo de ativação, quer espontânea, pelo envelhecimento, quer por ação de radiações luminosas, adquirindo a capacidade de neutralizar, "in vivo" a toxina tetânica ou o veneno de cobra "*Crotalus terrificus*" (*Laurentius*). Concluem também que esse processo de ativação, cujo mecanismo não puderam esclarecer, deve ser de tipo comparável ao da formação do calciferol, isto é, que depois de ativada, a clorofila pode perder esta propriedade pelo emprêgo de maiores doses do estímulo.

A toxina neutralizada pelo clorofilinato de potássio não perde suas propriedades antigenéticas garantindo um processo de imunização no animal que a recebe.

Comentários: Prof. Walter Leser. — Desejo apenas felicitar os autores de tão belo trabalho, porque nestes estudos da foto-dinâmica fica sempre em relevo o quanto de promessas este setor pode trazer para os domínios da Biologia. Creio que o presente trabalho, está destinado a ser uma das maiores conquistas da ciência neste terreno e assim sendo, consito os seus autores a que continuem a sua obra, pois as perspectivas que nos apresenta são notáveis, tanto para o terreno da imunologia como também para o lado da terapêutica. É um trabalho que marca época nos domínios da Biologia.

Prof. Samuel Pessoa. — Desejo apenas perguntar se este fenôme-

no da destruição da toxicidade não teria qualquer relação com aquilo que tem sido estudado ultimamente pelos alemães, que vem se preocupando muito com este assunto da destruição da toxicidade.

Prof. D. Fonseca Ribeiro. — Não se pode afirmar evidentemente até ao presente momento, qual seja o mecanismo de ação do clorofilinato de potássio, parecendo, entretanto, que se trata de um fenómeno ligado, pelo menos em parte, à estrutura química daquele composto. A solução do clorofilinato de potássio, só adquire aquela capacidade, quando excitada por um determinado comprimento de onda.

No caso citado pelo prof. Pessoa, os fenómenos já se passam de maneira um pouco diferente. Os animais nestes casos, ficam mais preparados para a reação, ao passo que no caso da clorofila, o animal não altera em nada a sua situação em relação à injeção de veneno.

Sobre o tempo de ação do SH_2 no doseamento do ácido ascórbico. Conteúdo de ácido ascórbico no pimentão — Drs. Renato F. Ribeiro, Virgílio Bonoldi e O. F. Ribeiro — Estudando os métodos de doseamento do ácido ascórbico, proposto por Tauber e Kleiner e modificado por Leser, os A. A. esclarecem que o tempo necessário para a total conversão do ácido de hidroascórbico em ascórbico pelo SH_2 pode ser grandemente abreviado pela ação do calor: em temperaturas de 40°C . são suficientes apenas 30 minutos e a 50°C . somente 15 minutos, para que a reação se complete. Descrevem o método em detalhes e mostram o resultado de 20 amostras de pimenta (*Capsicum annuum* L.) cujas análises foram feitas sempre em triplicata: com 30 minutos de contacto com SH_2 a 40°C ., 3 e 24 horas de contacto a temperatura ambiente; nas três séries os resultados foram praticamente os mesmos. A média de ácido ascór-

bico encontrada para o pimentão verde foi de 87,4 mgr. para 100 gr. de caldo; este entretanto não deve ser um resultado definitivo, pois que, provavelmente, condições várias como época do ano, estado de maturação do vegetal, etc. poderão determinar, em outras amostras, resultados diferentes.

Comentários: — Prof. Samuel Pessoa. — Li recentemente um trabalho do Prof. Paula Sousa, o qual afirmava que os pimentões verdes têm mais vitamina C do que os pimentões vermelhos. Desejo saber qual a opinião do dr. Ribeiro a respeito.

Dr. Ribeiro. — Em relação a esta questão eu me interessei, em minhas pesquisas, apenas pela verificação da presença da vitamina C no pimentão verde e não da quantidade contida nos vários alimentos.

Prof. Walter Leser. — Quanto à questão referida pelo prof. Pessoa, torna-se difícil uma resposta, realizados em nosso meio, só levaram em consideração a presença do ácido ascórbico nos alimentos, desprezando o ácido de-hidro-ascórbico. Além disso os métodos usados em algumas destas pesquisas não foram métodos absolutamente específicos.

Sobre a distribuição da vitamina "C" nas diferentes partes de citrus limetta (laranja lima) — Drs. Renato F. Ribeiro, Virgílio Bonoldi e O. F. Ribeiro — Os A. A. concluem que a percentagem do ácido ascórbico na laranja lima cresce do interior para a periferia. A média das dosagens em cada uma das 3 diferentes partes de 20 laranjas lima forneceu os seguintes valores:

Endocarpo: 67,0 mgr. de vitamina "C" por 100 gr. de substância.

Mesocarpo: 193,1 mgr. de vitamina "C" por 100 gr. de substância.

Pericarpo: 373,9 mgr. de vitamina "C" por 100 gr. de substância.

Na banana nanica "Musa Chinesis, Sweet" a maior quantidade de ácido ascórbico está contida na parte comestível, (média = 10,5 mgr.) enquanto a casca

encerra cerca de 1/3 a menos (média = 6,7 mgr.).

A maior ou menor quantidade de vitamina "C" nas diferentes partes dos frutos dependerá de cada caso em particular.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 6 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Carlos Gama

Compressão da medula torácica por neuro-fibroma — Prof. Benedito Montenegro — O A. apresentou minuciosa observação de um caso clínico de tumor comprimindo e bloqueando a medula ao nível de D-10.

A comunicação, seguiu-se a apresentação da paciente beneficiada com o tratamento cirúrgico.

Da história ressaltam os seguintes fatos: — Paralisia completa dos membros inferiores; retenção de urina e fezes.

Evolução de 6 anos, iniciando-se o mal com uma radiculargia que foi atribuída a uma longa artrite sacro-lombar. Durante 2 anos houve dor localizada na 1.^a lombar e, tendo-se feito uma punção lombar, a paciente atribuiu a agravação do mal a esse exame.

Ultimamente instalou-se relaxamento do esfíncter vesical, mas realmente o que se verificava era uma notável retenção de urina na bexiga, até de 6 litros, com extravasamento de pequenas porções.

Quanto à sensibilidade, ultimamente, surgiu hiperestesia nos artelhos. O exame de L. C. R. demonstrou-o turvo, xantocrômico, com coagulação espontânea, existindo 5 grs. de albumina o/oo, caracterizando o líquido de estase.

Foi praticada a anestesia local com Novocaina 0,5%, adoptando-se o decúbito lateral direito e a incisão retilínea mediana de D-7 até L-2.

Foram empregados ruginas e a serra de Doyen, tendo a intervenção demorado duas horas.

Encontrando-se um corpo duro, parcialmente movel, intra-dural,

foi inicialmente punccionado e depois retirado facilmente.

A sondagem do canal raquidiano era livre para cima e para baixo.

O período post-operatório decorreu normalmente. Houve rápida recuperação motora, iniciando-se pelos pés. Apareceram disestesias, concomitantemente com a regressão dos distúrbios vasomotores (edemas). O restabelecimento do domínio-voluntário sobre os esfíncteres se fez ao fim de um mês.

Epilepsia cardíaca. Considerações em torno de um caso — Dr. Otávio Lemmi —

O A. começou chamando a atenção sobre a necessidade de ser feito um apurado exame do coração em todos os epiléticos, principalmente em se tratando de portadores de afecções cardíacas ou de idade avançada. Fez, a seguir, rápidas considerações em torno do conceito da epilepsia cardíaca considerando duas formas: — congestiva e isquêmica. Abordando esta última, discorre sobre as causas de bloqueio do sistema excito-condutor do coração, frisando a importância do momento inicial do bloqueio no desencadear das crises epiléticas. Cita os trabalhos de Gilbert, Le Roy e Fenn e de Morison e Swalm dos EE. UU. que demonstraram existir um "reflexo vago-vagal" capaz de causar distúrbios acentuados da circulação coronária e do sistema excito-condutor do coração, partindo da distensão do estômago, esôfago, cavidade abdominal, etc. Disse então acreditar enquadrar-se nessa patogenia o caso que passa a relatar: — paciente

portadora de crises epiléticas no decorrer de súbitas baixas da frequência do pulso (bloqueio total auriculo-ventricular) que desapareciam subitamente com uma crise de eructações. Essas crises que se repetiam duas, três ou mais vezes por dia, desapareceram completamente com as melhoras das condições digestivas da paciente (laxativos brandos, oleosos, fermentos pancreáticos e intestinais, absorventes, dieta alimentar) bem como pelo emprêgo de doses diárias de 1/4 mmgr. de atropina.

Comentários: Eu acho que o A. foi felicíssimo, lembrando esta questão de patologia cardíaca especialmente os reflexos gastrocardíacos. Também foi feliz, porque nos trouxe um caso muito raro. Tive ocasião de ver um caso semelhante em que havia bloqueio total por lesão do feixe de Hiss, tendo o indivíduo uma bradicardia notável, de 18 a 20 pulsações por minuto. A corticalidade reagia a êste estado por meio de convulsões.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 13 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Carlos Gama

Os disformes na iconografia egípcia — Prof. A. de Almeida Prado — A arte sempre se inspirou na realidade. A obra dos artistas, escultores, pintores, ceramistas, através dos séculos, vem deixando gravada, ao lado de manifestações de costumes, usos, ou puramente estéticas, exteriorizações da doença desde os tempos prehistóricos.

Nenhum povo, porém, mais do que o egípcio, contribuiu para fixar os tipos patológicos, imperecivelmente. O caráter conservador do povo e as suas crenças religiosas, baseadas na sobrevivência do corpo com todos os seus atributos físicos, fazia com que fossem colocadas nos túmulos a reprodução exata, modelada escultoricamente, do corpo do morto, para que êle pudesse sobreviver no além-túmulo, dentro das mesmas condições físicas que tivera em vida. Assim, se encontra nos túmulos egípcios uma vasta galeria de anões e disformes de toda espécie, que o autor passa a analisar.

As desarmonias morfológicas condicionadas pelo raquitismo, mixedema e acondroplasia são principalmente estudadas pelo conferencista, que projetou na tela alguns dispositivos comprobatórios da existência desses disformismos,

desde a mais remota antiguidade faraônica. Passa, em seguida, a tratar das divindades patológicas, os deuses Pthah e Bés, tipos monstruosos, representados de maneiras diferentes, conforme a invocação sob a qual eram considerados, e que se prestam a largas e variadas interpretações clínicas. A acondroplasia, o mixedema e o raquitismo parecem confluir em algumas dessas manifestações artísticas, num verdadeiro mosaico mórbido, que abarca parcialmente alguns dos estigmas físicos dessas três entidades mórbidas. A célebre figura da rainha de Punt, de exótica representação física, dada, sobretudo, pela projeção das nádegas enormes, em contraste com o resto do corpo, traz à tona a discutida questão da esteatopigia das raças primitivas, sustentada por Stephen Chauvet e repudiada por outros, e que encontra expressão clássica na chamada Venus calipigia. O tipo artrítico aparece tratado com verdade patológica e vigor de realização artística em uma escultura da época.

Por fim, a poliomielite anterior aguda, a paralisia infantil na designação usual, deixou traços de sua existência, desde, pelo menos, 3700 anos, conforme se pode ver em esculturas projetadas no momento pelo conferencista.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 19 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Carlos Gama

Oligofrenias — Dr. Edgard Pinto Cesar — O autor procurou fazer uma exposição circunstanciada em torno do tema, focalizando o conceito de oligofrenia, ressaltando que a expressão deve ter a significação de um "síndrome" mental e não de "uma entidade mórbida". Estuda a seguir a evolução e integração das funções cognitivas, práticas e afetivas, para melhor fazer compreender a significação do estado oligofrênico como parada do desenvolvimento e da integração, mormente das funções cognitivas.

Passa a seguir a estudar detidamente os principais fatores etiológicos nas diferentes fases da evolução do organismo, encarando a ação morbigena no período germinal (hereditariedade, blastofetoria) a ação, durante a gestação, dos mais variados fatores morbigenos, passando depois a analisar a importância dos traumas obstétricos, ressaltando a sua importância. Detem-se depois no estudo das causas *postnatais*, focalizando a importância dos processos variados de encefalites e meningoencefalites capazes de determinar, na criança, lesões encefálicas irreparáveis, cuja consequência mais frequente é a parada ou retardo do desenvolvimento psíquico, mormente das funções cognitivas, acarretando os quadros oligofrênicos. Analisa também a importância das disendocrinias e os traumas encefálicos *postnatais*.

Depois de enumerar as formas mais importantes, de moléstias que se exteriorizam com o quadro oligofrênico, passa a estudar os quadros clínicos dos diferentes graus do síndrome oligofrênico, isto é, a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental.

Refere-se ao diagnóstico diferencial da oligofrenia com as regressões de ordem demencial, evidenciando que, nem sempre, esse diagnóstico é fácil, oferecendo mesmo por vezes sérias dificuldades.

Apresenta dados que evidenciam muito bons resultados obtidos com o ensino de oligofrênicos na Escola Pacheco e Silva para menores anormais, anexa ao Hospital Central de Juqueri, mesmo quando apresentam um Q. I. bastante baixo.

Preconiza a instalação de colônias para oligofrênicos com ampla organização para a aplicação eficiente da laboraterapia, tanto para homens, como para mulheres, condenando o sistema de internação de tais doentes, mormente os não psicóticos, entre os demais doentes mentais. Convenientemente orientados os oligofrênicos podem trabalhar eficientemente, mormente em trabalhos mais ou menos rústicos, ou em artesanatos simples e assim contribuir com a sua produção para suavizar os encargos do Estado para mantê-los.

Estuda a incidência da oligofrenia no Estado de São Paulo, mormente através dos fatores sexo, nacionalidade e cor, apresentando dados bastante interessantes constantes de quadros estatísticos que podem ser facilmente analisados.

Termina o trabalho apresentando uma série de clichês de casos de oligofrênicos autopsiados, com o aspecto das lesões encefálicas por eles apresentadas.

Tendo sido essa sessão dedicada à neuro-psiquiatria infantil, falaram ainda sobre o tema, além do relator oficial, os drs. Darcy M. Uchôa, Joy Arruda e Walter E. Maifei.

HEXAMYO — Iodeto em gotas

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Rubens de Amaral Brito

Ferimentos penetrantes do torax — Dr. Eduardo Etzel — O A. faz um apanhado do assunto, visando rever a questão que é atualizada, para a orientação dos ferimentos do tórax. Estuda a anatomia do tórax nos pontos que tocam de perto a questão. Seguem-se considerações sobre fisiopatologia onde estuda os fenômenos fiso-mecânicos consequentes ao pneumotórax aberto. Estuda a pressão intrapleural. Depois os agentes vulnerantes. Seguem-se considerações sobre o diagnóstico com a discriminação dos pontos essenciais do tórax ferido. Três pontos comuns a quasi todos os ferimentos são considerados: o enfisema sub-cutâneo, a hemorragia e a atelectasia pulmonar.

Com referência ao tratamento, faz um apanhado da marcha da conduta terapêutica segundo as diferentes guerras. Considera com minúcia o critério de intervenção no ferimento penetrante do tórax, com as indicações formais de intervenção de urgência e os efeitos da quimio-terapia nos ferimentos. Estuda depois os ferimentos abertos e os fechados, por sua vez divididos em primitivos e secundários à intervenção cirúrgica. Estuda ainda a anestesia para a cirurgia do tórax insistindo na importância do emprêgo do oxigênio. Expõe a técnica cirúrgica da toracotomia e a conduta diante do ferimento do pulmão. Discute a orientação de drenar ou não drenar a cavidade pleural. No tratamento posoperatório, insiste na questão de administração de soro isento de pirogênio, o que fez em comunicação à esta Associação em janeiro do corrente ano. Acentua a importância do tratamento da dor com morfina e fosfato de codeína. O oxigênio é elemento obrigatório para o tratamento posoperatório eficiente.

Estuda por fim os ferimentos fechados do tórax, discutindo a

conduta a seguir diante do hemothórax; divide então os casos em 3 grupos: 1.º) Aquêles em que se faz aspiração do derrame com substituição por ar; 2.º) Aquêles em que se faz simples aspiração; 3.º) Aquêles para a punção, o ponto de introdução da agulha, e o tamanho da mesma. O último ponto abordado, é referente ao tratamento do pneumotórax de válvula.

Orientação no tratamento das feridas — Dr. Linneu M. Silveira — O A. inicia sua exposição dizendo que o objetivo no tratamento das feridas é a profilaxia da infecção e a perfeita restauração funcional e plástica no mais curto prazo de tempo possível. Diz que a cicatriz é tecido patológico, não obstante ser útil quanto às suas finalidades, e refere-se às investigações de Bier, que procurou obter a integral regeneração das estruturas, tendo concluído que os métodos habituais de tratamento a isso se opõem, por eliminarem o chamado "leito nutritivo", constituído pelo sangue e linfa. Estuda a seguir a fisiopatologia do traumatismo e o mecanismo de reparação das lesões na intimidade dos tecidos, concluindo que todo processo de tratamento das feridas não deve em absoluto interferir com o delicado trabalho de reconstrução celular promovido pela natureza. O papel do cirurgião será o de amparar a evolução da cicatrização, criando condições ótimas para que os tecidos realizem plenamente sua função reparadora. A seguir estuda o valor do repouso e da imobilização, como sendo os elementos mais eficazes que o médico dispõe para colaborar com o processo natural de reparação das lesões, apoiando-se nos conceitos de Böhler, que disse que "todas as feridas recentes, infectadas ou não, devem ser imobilizadas e manti-

das "ininterruptamente imobilizadas", pois com esses cuidados, o "tempo" curará as feridas e os ossos fraturados". Nega o valor da quimioterapia externa ou interna que visa a esterelização das feridas, considerando-a inútil e até prejudicial muitas vezes. Cita a seguir observações de vários autores modernos cujos pontos de vista concorda com o que expõe, e nega o valor dos estimulantes gerais que visam o aceleramento do processo cicatricial. Considera a contaminação de uma ferida como inevitável, mas diz que contaminação não é infecção e feridas nas quais são encontrados germens de poder patogênico acentuado evoluem satisfatoriamente se tratadas convenientemente. Estuda o valor da excisão dos tecidos lesados, de acordo com as investigações de Friedrich, destacando o valor do método, quando associado à imobilização. Relata que observações recentes demonstraram que o repouso, por si só é capaz de promover a cura de uma ferida, em circunstâncias diversas. Fala sobre as observações clínicas que vem realizando no serviço de acidentes no trabalho da Sociedade Anônima Indústrias Votorantim e que têm demonstrado de maneira convincente o valor da imobilização no tratamento das feridas, permitindo sua evolução sem dor, edema ou febre. Há eliminação dos tecidos realmente mortificados, podendo-se apreciar a revitalização de zonas de pele que a princípio supoz-se fadadas a necrose. Observa ainda que as cicatrizes que assim se obtêm são flácidas quasi que imperceptíveis e sem retrações que causem deformidades. As cicatrizes grandemente retraídas e espessas, são as que se formam em regiões dotadas de grande mobilidade, como o pescoço, axilas, mãos, que não se protegeram com imobilização conveniente. Não nega as vantagens da excisão, mas acha que em muitas circunstâncias é necessário que se seja cauteloso afim de não agravar as lesões existentes.

Pensa que não se devem suturar as feridas quando não se tiver certeza sobre as condições dos tecidos lesados. A sutura quando realizável deve compreender apenas a pele, se dessa conduta não resultar a existência de espaços mortos que favoreçam a infecção. Analisa as divergências que existem a respeito do problema da sutura primária das feridas acidentais e estabelece uma orientação eclética. Refere-se ao emprego das sulfamidas nas feridas recentes, sem se alongar sobre o assunto. Estuda o problema do curativo oclusivo, analisa as grandes vantagens do curativo gessado principalmente nas enxertias livres de pele e preconiza para as circunstâncias mais diversas o curativo a céu aberto. Condiciona a profilaxia do tétano à soroterapia profilática e ao tratamento local da própria ferida. Uma ferida bem tratada está ao abrigo das infecções piogênicas e tetânica. Acha que a indicação ou contra-indicação do soro antitetânico deve resultar da análise de cada caso sendo contra o emprego a abstenção sistemática da soroterapia profilática. Considera o problema da profilaxia da gangrena gasosa como iminentemente cirurgico, não acreditando no valor da soroterapia anti-gangrenosa. Estuda a seguir o problema do tratamento das feridas na guerra de acordo com o seguinte esquema: combate ao choque, combate à dor, às hemorragias, tratamento local das feridas, profilaxia do tétano e da gangrena gasosa, com as peculiaridades próprias às circunstâncias da guerra. O A. mostrou numerosas fotografias que documentavam as afirmações que fazia.

Comentário: Prof. Antônio Prudente. — Eu apreciei extremamente a exposição do dr. Silveira, que em seu trabalho expôs tudo aquilo que eu, na minha opinião, acho também que é exato e deve constituir a regra. Esta questão já tem sido algumas vezes venti-

lada entre nós, mas nunca é demais que se insiste sobre ela, porque muitos colegas que ainda não se interessaram mais de perto por estes problemas, timbram em não abandonar os métodos clássicos de tratamento dos ferimentos. Eu acho que não se deve tomar uma tal atitude, pois devemos, neste momento, raciocinar friamente sobre estas questões, que parecem de pequena monta, mas que, em caso de uma possível entrada de nosso país na guerra, elles passarão a ser de importância extraordinária.

Na natureza, nada existe que não tenha uma finalidade filosófica, e no nosso organismo, a finalidade máxima, é a sua defesa, da qual a natureza se encarrega muito bem. Assim, em caso de ferimento, a hemorragia, a-pesar de constituir um risco para o individuo, representa, entretanto, uma grande função de defesa e de reparação de perda, que o homem artificialmente, nunca, poderá igualar. Assim sendo, o curativo por tamponamento, que parecia ser o ideal para nós, começa agora a ser encarado quasi que como um absurdo.

Em um ferimento, o que se passa, é um fenómeno primeiramente mecânico e depois um fenómeno químico, tendo ambos as suas finalidades absolutamente precisas. Quando o cirurgião faz uma drenagem por capilaridade, elle nada mais está fazendo, do que facilitar uma drenagem natural, que existe normalmente. Em toda a ferida há uma corrente de líquidos de dentro para fora que serve para eliminar os germes e os elementos estranhos da ferida. Ora, se mantivermos um dreno dentro de uma ferida, a ferida não se poderá fechar e além de tudo nem sempre há necessidade de tal medida, pois a própria corrente liquida da ferida, faz a sua esterilização. E' por isso que o gesso dá bons resultados, pois, além de imobilizar a zona lesada, elle é permeável a esta corrente liquida dos tecidos, deixando que ella se continue a pro-

cessar livremente. Creio que, se todos os cirurgiões mantivessem estes princípios, tão bem exposto pelo dr. Lineu, os resultados que obteríamos seriam muito melhores do que os que se obtem pelos métodos de tamponamento. Creio ainda, que deveríamos, no momento atual pensar, antes de entrar em ação.

Dr. Eduardo Etzel. — Eu não tenho experiência a respeito de ferimentos de guerra, mas, lendo a literatura a respeito dos ferimentos do tórax, vi que alguns autores, são favoráveis ao fechamento e outros à drenagem dos ferimentos da parede toraxica. Dando um balanço nestes dados, preferi ficar com a drenagem com o dreno de Penrose. Pergunto agora ao dr. Lineu qual é a sua opinião a respeito deste problema: em casos de ferimento da parede do tórax, convém fechar ou drenar, depois de se ter feito ressecção dos tecidos dilacerados?

Dr. José Arminante. — Em primeiro lugar, desejo manifestar a grande impressão que me causou a exposição do dr. Lineu. Trabalhando em serviço de traumatologia de uma Companhia de Seguros. Lá seguimos, nos casos de ferimento, o método do prof Böhler que em última análise, concorda em tudo com o que nos expôs o dr. Lineu. Naturalmente, não fazemos exclusivamente a imobilização, mas associamos também a ressecção dos tecidos contudidos. Isto fazemos, porque é um fato conhecido de todos, que nos casos de feridas cotusas, há uma diminuição da vitalidade dos tecidos, que viria auxiliar a instalação de infecção. Assim pensando, creio que se deve fazer a retirada sistemática dos tecidos votados à necrose, e é justamente isto, o que fazemos no nosso serviço, do Lloyd Industrial Sul-Americano, imobilizando a seguir as feridas.

O dr. Lineu falou também em sua exposição, em exposição dos ferimentos ao ar livre, crendo que isto facilitaria a sua cicatrização, desde que elle fosse protegido por

uma gaze para evitar a deposição de poeiras. Creio entretanto, que isto só é possível quando o doente está hospitalizado, porque em doentes de ambulatório, a proteção dos ferimentos com uma simples gaze, nunca é uma proteção suficiente, porque o doente fatalmente a poluirá e contaminará.

Outro ponto muito interessante a ser assinalada na exposição do dr. Lineu, é que, de fato, o tratamento bem orientado e bem conduzido de uma ferida, favorecendo a sua cicatrização primária, é o melhor recurso de que se dispõe para evitar uma infecção tetânica, por si só não é suficiente para prevenir uma infecção tetânica.

Quanto à questão da drenagem, fazemos em nosso serviço, o método de Böhler, isto é, sutura só da pele, e imobilização rigorosa de ferida por gesso, sem drenagem.

Eram estes os comentários que eu desejava fazer, aproveitando agora a ocasião para felicitar mais uma vez o dr. Lineu.

Dr. Pedroso Filho. — Quero lembrar nesta série de considerações, não a conduta imediata que se deve ter em face de um ferimento, mas sim a conduta mediata nos casos em que somos obrigados a ressecar, a queimar com nitrato de prata, ou com alça diatérmica os bordos da ferida. Eu tenho usado nestes casos, não só a cauterização, mas também outros meios, como a fucsina de Ziehl, o óleo de fígado de bacalhau e principalmente o óleo de hipogloss. Com este tratamento, tenho tido ótimos resultados, principalmente quando a êle se alia a retirada da ganga de tecido fibrosado e a desinfecção da ferida, para depois se usar os meios acima descritos. Além de tudo, conserva a ferida aberta.

Dr. Lineu M. Silveira. — Ao prof. Antônio Prudente, cuja orientação no tratamento das feridas concorda, em linhas gerais, com a que expuzemos em nosso trabalho, agradeço as referências amabilíssimas que fez. Ao prof.

Eduardo Etzel tenho a dizer que, de acordo com as idéias expostas, sou de parecer que, nas feridas torácicas, é prudente empregar-se sistematicamente a drenagem. Isso, porque, sendo o tórax uma região, que não se pode imobilizar, corremos o risco de vermos instalada a infecção em feridas localizadas em sua parede se as suturarmos sem drenagem, procurando obter cicatrização por primeira intenção. Esse fato, evidentemente, não é de se temer em 100% dos casos, mas a drenagem traz maiores garantias.

Quanto ao dr. Arminante, creio não existir incompatibilidade entre a maneira como êle e nós encaramos os problemas discutidos. Estou também de acordo com o fato de que a excisão dos tecidos lesados pode trazer grandes benefícios, sendo ainda em muitos casos formalmente indicada. Mas, temos que convir que, em certas circunstâncias ela pode ser perigosa e em outras ela é simplesmente dispensável. O próprio Ehalt, da escola Böhler, cuja orientação segue o dr. Arminante, tratando das fraturas maleolares expostas, recomenda cuidados especiais ao se fazer a excisão, afim de evitar grandes perdas de tecidos, que poderão fazer falta no revestimento dos maleolos expostos. Ora, se nessa circunstância bastante grave, se pode ser bastante cauteloso com a excisão, ou mesmo abster-se dela se possível, concluímos que em circunstâncias mais favoráveis a excisão, ou mesmo econômica a sua abstenção podem ser preconizadas sem causar danos. Quanto ao curativo a céu aberto, temos empregado mesmo em doentes ambulatórios. Os dispositivos ortopédicos, em geral, permitem que se envolva a ferida lesada, com ataduras de gaze que não tomando contato com a ferida, a protegem convenientemente. Os próprios coágulos que calafetam os interstícios das feridas e que não devem ser retirados, constituem uma garantia contra a contaminação pelas poeiras externas.

Ao dr. Pedroso devo dizer que nos casos por êle citados, por exemplo, nas úlceras da perna, tenho tido os melhores resultados fazendo a excisão dos bordos da úlcera e curetagem do leito da

mesma, seguindo-se imobilização rigorosa. As sulfamidas em pé dão, nessas circunstâncias, resultados interessantes. Não tenho experiência com a fuscina ou com a pomada de hipoglós nesses casos.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro

Considerações clínicas em torno de um caso de complexo primário tuberculoso de localização cervical com apresentação do paciente — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e Náleo P. Guilherme Cristiano — Os AA. observaram um caso de complexo primário tuberculoso, com localização cervical, simétrico, de ponto de partida tonsilar, em que o grande volume a que atingiram as lesões, séde, idade do paciente e demais características clínicas, tornavam bastante obscuro o diagnóstico diferencial, o qual, ressaltaram os AA., deveria ser estabelecido sobretudo em relação ao mal de Hodgkin, neoplasmas e, sobretudo, blastomiose.

Cumprer salientar aliás que o doente adulto, com mais de 23 anos, residia num sítio, ao pé da Serra do Mar, vindo, somente, de tempo em tempo, ao vilarejo mais próximo, isto é, mesmo apenas nos últimos anos de sua vida. As provas de laboratório foram positivas para a tuberculose (o exame bacterioscópico de material obtido por punção de volumoso gânglio cervical revelou bacilos ácido-resistentes — Mantoux, positivo e inoculação em cobaia e negativos para as outras afecções).

Clinicamente era impossível o diagnóstico diferencial com a blastomiose cujas provas de elucidação resultaram negativas.

Estabelecido o tratamento pelo morruato de cobre coloidal, após 18 ampolas, aplicadas por via venosa, o paciente se apresenta em via de cura. O doente não apresentava sinais clínicos e radiográficos de tuberculose visceral.

Leishmaniose pápulo-pustulosa, acneiforme e zona biotrópica com fimose secundária — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e Náleo P. Guilherme Cristiano. — Os AA. apresentaram um doente, trabalhador rural, procedente de região em que é endêmica a leishmaniose, o qual era portador de lesões pápulo-postulosas, com localizações dominantes na face (mormente dorso do nariz e fronte), nos membros superiores, simetricamente, sobretudo na face de flexão dos braços, e na face anterior do tórax, onde eram raras e disseminadas.

A erupção de elementos não muito numerosos e bem individualizados lembrava os quadros da sífilide acneiforme e da tuberculide pápulo-necrótica. A pesquisa direta de leishmanias, feita em uma lesão pápulo-pustulosa foi positiva e a soro reação de Wassermann foi negativa. E' de registrar-se que a intradermo-reação de Montenegro foi fortemente positiva (realizada com antígeno leishmaniótico). Cumprer também assinalar-se, que, depois de seu diagnóstico etiológico estabelecido, foi instituído tratamento pelo "eparseno" nos moldes clássicos, ocorrendo ao cabo de 7 injeções surto vesicular eritematoso, de tipo zosteriano, com disposição zoniforme, unilateral, ocorrendo numerosos elementos vesiculosos sobre placas fortemente congestionadas, abrangendo os segmentos radiculares D 12 e L 1 (região lombar, região inguino-abdominal, genitais). Os fenômenos gerais e as algias eram particularmente acentuados. Curioso de assinalar-se é

que, elementos localizados no prepúcio, em cicatrizando, determinaram fimose. A raridade da localização e da sequela cicatricial, por nós nunca observada, e que não consta, também, das nossas leituras, levaram-nos a trazer tal doente ao debate desta reunião.

O paciente foi tratado com 3 grs. diárias de sulfanilamida, obtendo-se cura, ao cabo de 7 dias.

Sarcomatose hemorrágica pigmentar e idiopática de Raposi — Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro — O A. apresentou um caso de sarcomatose de Raposi, em que, inicialmente, conduziu seu diagnóstico para outras afecções dado o aspecto sistematizado em faixas, lesões em placas ou numulares e acentuadas, sensações parestésicas e dolorosas, localizadas simetricamente nos pés, pernas (mormente na face anterior e externa) e coxas (lesões esparsas em placas e

faixas). A coloração das placas estava prejudicada pela cor parda do paciente.

A histologia típica elucidou a natureza do caso, a qual, uma vez apontada, se revelou com clareza.

O diagnóstico diferencial com a lepra maculosa impunha-se de tal sorte que o doente fora até encaminhado ao D. P. L., de onde voltou porém sem diagnóstico, sendo então encaminhado à S. M. H.. As provas bacteriológicas para "*Mycobacterium leprae*" foram negativas.

Com este é o segundo caso apresentado a esta Secção, prevalecendo-se o A. da oportunidade para informar da cura do caso anterior, mediante injeções de novarsenobenzol (914), em doses crescentes, num total de 6,50 grs. sendo que a alta dada em boas condições de cura, porém, a pedido do paciente, o qual, no caso de recidiva, prometera voltar.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Puberdade precoce — Drs. Domingos Delascio e Luciano Decourt — Os AA. apresentam uma menina de 4 anos, com tôdas as manifestações de puberdade precoce. Discutem as diversas modalidades desta moléstia e insistem particularmente sobre a origem ovariana.

Comentários: Dr. Sila Matos. — Pedi a palavra, não para fazer um comentário do que tão bem nos expôs o dr. Delascio, mas apenas, para aproveitar a oportunidade de apresentar dois casos de minha clínica, que servirão para reforçar o que foi exposto pelos colegas, e também para lembrar alguns fatos que facilitarão a conduta clínica em tais casos.

Um dos meus casos, é muito semelhante àquele apresentado pelo dr. Delascio. Trata-se de uma paciente que apresentou o ciclo menstrual aos 6 anos de idade e posteriormente hemorragias mens-

Presidente: Prof. Pinheiro Cintra

truais, que levaram a pequena paciente à uma profunda anemia. A palpação revelou a existência de um tumor, que entretanto, não se podia precisar se um tumor uterino ou ovariano. Entretanto, pelos sintomas apresentados e pela idade da paciente impunha-se o diagnóstico de um tumor de células granulosas. Mas, feita a laparotomia, foi verificado que se tratava de um tumor uterino, com todos os caracteres de um fibroma, sendo uma grande surpresa para mim, não encontrar nenhum tumor ovariano. E' verdade, que a teoria de Zeitz, explica serem estes tumores uterinos, de origem ovariana, quando em hiperfunção, embora a observação clínica demonstre que em mais de 50% dos casos, não se verifica nenhum aspecto microscópico de hiperfunção ovariana nêstes casos. Pelo contrário, muitas vezes o ovário está até atrofiado, o que aconteceu nêste caso. Era difícil, ante

tal situação, tomar uma atitude terapêutica. Retirar os dois ovários seria absurdo, o que seria também absurdo retirar o útero de uma menina de pouco mais de 8 anos. Assim sendo, resolvi retirar apenas uma parte do útero (histerectomia fundica). Posteriormente este útero cresceu e então poderão ser reimplantadas as trompas no mesmo, e, talvez, restabelecer até a capacidade procreadora desta paciente.

O segundo caso que tenho a relatar, é o de uma menina, que teve a sua primeira menstruação aos 18 meses. É uma criança que em tudo tem o aspecto de uma mulher adulta, podendo-se mesmo dizer que se trata de uma "mulher em miniatura". O exame ginecológico não revelou nenhum tumor para o lado dos órgãos genitais. A dosagem hormonal na urina, revelou grande quantidade de foliculina, igual a de uma mulher adulta. Entretanto, em face de um tal caso, a nosso vêr, não temos o direito de não seguir estritamente a opinião de Novak, pois pode existir uma puberdade precoce sem a existência de um tumor de células granulosas. Pode ser que se trate de uma hiperfunção ovariana e consequente precocidade de função endócrina dos órgãos genitais.

Aproveitando esta magnífica oportunidade da exposição dos drs. Delásio e Décourt, queria apresentar e ouvir a opinião dos colegas a respeito destes dois casos. Este segundo caso me deixou dúvidas sobre a orientação a ser tomada: deve-se ou não fazer uma laparotomia. Deve-se levar em consideração que a mortalidade é bastante grande, e, além disso, casos há na literatura como o de Lina Wedna que concebeu aos 5 anos, e o de Inácia da Silva, nascida em 1/2/1877 e que deu à luz em 6/7/1884, portanto, apenas com 7 anos e pouco de idade. Esta menina aos 8 dias de idade já era menstruada e tinha seios grandes. Nasceu em Jobazinho, Município de Chique-Chique, na Baía, e vi-

veu muitos anos sem nunca ter tido qualquer tumor. Além disso, há outros casos, como o relato por Egaz Muniz, Restrepo-Froelich, e tantos outros, que demonstram poder existir a maturidade precoce sem qualquer tumor. Estes fatos nos demonstram que qualquer intervenção deve ser bem estudada antes de ser praticada.

Dr. Luciano Décourt. — Os casos de puberdade precoce, apresentam sintomatologia bastante rica, que pode ser facilmente explicada. De fato, o desenvolvimento mamário, a menstruação, o aparecimento de pêlos pubianos, etc., seriam decorrentes da grande quantidade de estrógeno em circulação. Entretanto, é difícil de se compreender o desenvolvimento estatural exagerado, bem como o amadurecimento ósseo precoce. No caso que foi apresentado pelo dr. Delásio, a paciente apresentava uma estatura de 108,5 cms., que corresponde a mais ou menos 6 anos de idade e desenvolvimento ósseo de uma menina de mais ou menos 11 anos. Em 1939, Nothan Talbot, demonstrou que a administração de estradiol a ratas infantis, determinava uma significativa precocidade do desenvolvimento ósseo. Entre nós, Sila Matos em trabalho recente admitiu um estímulo hipofisário, por intermédio dos estrógenos. Estes estimulariam a hipófise e esta seria então a responsável pelo maior desenvolvimento estatural e ósseo. Não conhecemos ainda o mecanismo, mas, experimental e clinicamente, os estrógenos em excesso são capazes de determinar amadurecimento ósseo precoce.

Um caso de pneumopatia inespecífica de fundo tóxico-alérgica (Síndrome de Löffler) — Dr. Alberto Nupieri — O autor apresenta um caso, a seu vêr, de síndrome de Löffler. Uma criança de 14 meses é portadora durante três meses de um quadro clínico caracterizado por febre irregular mas diária que oscila entre um mínimo de 37,5 até 40°. A semio-

logia fornece dados clínicos escassos, mas a radiologia é bastante expressiva pois denota uma hepatisação homogeneia de metade do pulmão direito e de um terço do esquerdo de ambos os segmentos superiores. Urina sem significação apesar da presença de cilindros hialinos e granulados que o autor considera elementos satellites do longo quadro infeccioso. Duas transfusões de sangue de 50 cc. cada com um intervalo de 48 horas determinaram uma queda definitiva da temperatura, e uma nova radiografia obtida 15 dias depois da primeira mostra um parenquima perfeitamente normal sem vestígios da sombra inicial. Porém 12 meses depois a paciente é acometida de parotidite epidêmica bi-lateral com uma temperatura que persiste bem além do desaparecimento da flogose o que levou o autor, alertado pelo episódio clínico de 12 meses passados, a recorrer a nova radiografia a qual denuncia uma sombra do pulmão direito sub-total. Como da primeira vez, a transfusão, uma única, resolveu definitivamente o caso. Uma outra radiografia foi feita há pouco, com 4 anos de idade e não apresenta ela estados residuais das sombras anteriores. Na apreciação etiológica do caso estuda o autor em 1.º lugar a tuberculose que exclue em face da negatividade de duas reações de Mantoux e uma de Pirquet, da benignidade da evolução, incompatível com a longa temperatura febril, e relativa conservação

do estado geral e extensão das lesões radiológicas, da ausência de pneumopatia específica no passado familiar e ambiental e por fim da inexistência em tôdas as chapas de qualquer residuo de primo-infecção. Em seguida passa em revista, para excluí-los, quadros clínicos e radiológicos similares como a infiltração epi-tuberculose, a atelectasia, pneumopatias agudas ou determinadas por lues, micoses, etc., para em seguida focalisar o caso à luz do conceito alérgico que, na opinião do autor, melhor se ajusta ao processo. Realmente, a paciente é portadora de hiperplasia adenoideana e sujeita a infecções repetidas do rino-faringe. Considera esta circunstância a principal componente da crise alérgica no caso, através das micropoussés tóxicas ou microbianas recidivantes capazes de sensibilizar o pulmão gradativamente até a explosão do choque. Como na síndrome de Löffler é mister levar em conta a fugacidade da sombra a qual ainda que extensa desapareceu totalmente em 15 dias. A recidiva do processo constitui um argumento corroborante da hipótese pois que característico do fenômeno alérgico é a sua reprodução sob a ação do mesmo estímulo. A ação pronta e decisiva da transfusão constitui critério exjuvantibus favorável também à hipótese pelo que o autor entende que a síndrome de Löffler é a que melhor se harmonisa com o caso apresentado.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLASTICA, EM 17 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Paulo Sais

Cirurgia da ozena na criança.
Apresentação de um caso — Dr. Ernesto Moreira — Observação:
10 anos e meio, branca, brasileira.
Vila Adolfo, Rio Preto.

Procura a Clínica O. R. L. do Hospital Esperança em 19 de junho de 1942. Queixa-se de supuração

abundante, por ambas as narinas, há 5 anos, aproximadamente. Tratamento continuo e variado com diversos médicos e especialistas, mas, sem resultado. Ultimamente, segundo afirma a progenitora e a própria paciente que é viva e inteligente, as cefaléias frontais são intensas e constantes. Mau cheiro

nasal e eliminação de crostas esverdeadas por ambas as narinas.

Exame. Nariz e seios da face: platirrinea discreta. Voz nasalada. Atrofia nasal bilateral, acentuada no andar inferior, e já bem avançada no andar médio. Pequenos polipos no meato médio, direito. Secreção crostosa no andar médio das fossas nasais e purulenta abundante nos assoalhos.

Radiografia dos seios da face: Opacidade total do seio maxilar direito, espessamento da mucosa de revestimento do seio maxilar esquerdo. Atrofia nasal e condensação óssea das paredes laterais no nariz.

Boca, faringe, laringe: Dentes regulares, amígdalas com sinais de inflamação crônica. Paredes posteriores da faringe, íntegra sem secreção ou atrofia.

Exames complementares: R. de Wassermann no sangue, negativa.

Tratamento e evolução: Foi tentado, inicialmente, o tratamento conservador com Xarope de Gilbert, aplicação diária de ondas curtas nos seios da face. Este tratamento foi executado, religiosamente durante vinte dias seguidos e o resultado resumiu-se em melhora das cefaléias e dos seios da face. Foi então proposta e executada a operação de Lautschleger-Moreira por mim, auxiliado pelo dr. Rezende Barbosa sob anestesia local, com prévia preparação com Nembutal, uma hora antes, e uma ampola de sedol quinze minutos antes da intervenção. O ato operatório decorreu normalmente atendendo a idade da paciente que se portou admiravelmente bem. O post-operatório está se processando com toda a regularidade.

Apresentado o caso e as radiografias correspondentes, o autor tece comentários em torno dos dois tipos de rinite atrófica; simples e genuína, diferenciando-as entre si. Em seguida, diz que escreveu a vários colegas, indagando sobre o tratamento a seguir. Entre várias respostas interessantes, cita a de um colega

que preconiza injeções de bismuto para o tratamento da ozena. "Se esse colega tivesse as noções que dei, diz o autor, talvez soubesse que os casos que curou não eram genuínos e sim, simples".

Comentários: — Dr. Paulo Sais: O dr. Moreira continua no seu afã de desbravador da ozena. E, agora se encaminhou na cirurgia da criança. Nós vemos que a maior dificuldade tem sido a compreensão da criança em suportar uma operação relativamente grande: o colega, usando entorpecentes, contornou esta dificuldade. Um único comentário que desejo fazer, e é em relação a esta cirurgia, em pacientes com menos de 12 anos. É que, em virtude dos germens dentários ainda estarem no maxilar superior, uma cirurgia aí pode acarretar pela destruição uma falha nos dentes para o resto da vida. Portanto, acho que se devia esperar mais.

Dr. Moreira: — Os germens dentários estão incluindo inteiramente no próprio osso maxilar e não têm uma relação direta, a não ser em casos de anomalias, com a própria mucosa do antro. Só sendo muito desastroso é que se poderá atingi-los. Porém, esta menina do meu caso já estava com os dentes permanentes.

Sobre dois casos de ósteomielite do seio frontal e do osso maxilar. Tratamento pelo bacteriófago

— Dr. Sílvio Marone — O A. inicia o trabalho, justificando a sua apresentação, em vista da terapêutica, que em seus pacientes empregou: o bacteriófago.

Começa definindo, segundo Kreuger e Schribner esse elemento e dá o conceito de cultura secundária; apresenta as suas propriedades terapêuticas estabelecidas por D'Herell. Derivam desses conhecimentos os princípios da técnica de aplicação do bacteriófago que são bastante simples e cujos resultados são rápidos. Diz ainda que o bacteriófago é inteiramente inócuo nos casos em que não se observa a lise dos germes infectan-

tes. Além disso, estabelece-se nesses casos uma ação de imunização local pela absorção do caldo que entra na composição desse agente terapêutico.

Em sua análise da literatura nacional e estrangeira não encontrou a não ser rápidas referências sobre a ação desse elemento na osteomielite, principalmente no terreno da oto-rino-laringologia. Segundo seu modo de ver, tal se deve: 1.º) ao relativo pequeno número de casos dessa moléstia naquele setor; 2.º) pelo descaso ou desconhecimento das propriedades terapêuticas do bacteriófago — Porisso apela para os colegas no sentido de se ensaiar sempre essa poderosa arma, que, quando não elimina rápida e completamente, como se pode ver em suas observações, a infecção, pelo menos é muito benéfica pela imunidade local que produz.

Passa a seguir a apresentar as suas observações: — Na 1.ª, pelo adiantado do processo localizado no seio frontal D. e em parte do E. foi antes feita a ressecção da parte necrosada (processo de Moulouet). Na 2.ª, caso raro de osteomielite localizada exclusivamente no corpo do osso malar E. foi aplicado somente o bacteriófago.

O bacteriófago empregado foi gentilmente preparado e cedido pelo Prof. Macedo Leme.

Osteomielite frontal. Operação de Fürstenberg — Drs. Carlos Gama e J. E. Rezende Barboza — Os AA. apresentam um caso de osteomielite do osso frontal de tipo invasor, operado pela técnica de Fürstenberg há 8 meses e que se encontra, ainda, em observação, mas que, em tudo, leva a crer, que o paciente já se encontra clinicamente curado, com ferida operatória cicatrizada, estado geral florescente e as radiografias já demonstraram a neoformação óssea ao nível da zona de ressecção, osso esse regenerado, provavelmente, à custa da própria meninge.

Os AA. passam à leitura de detalhada observação em que descreveram a evolução de um processo de pansinusite bilateral em que foi feito esvaziamento de todos os seios pelas técnicas rotineiras, inclusive, em uma última etapa, o esvaziamento fronto-etmoidal, bilateral, pela técnica de Lothrop-Sebilleau, sendo que dois meses após esta última intervenção surgiram sinais de retenção aguda dos seios frontais e comprometimento do osso frontal, na linha mediana, por um processo osteomielítico.

Em seguida descrevem a técnica, operatória, segundo Fürstenberg, com ressecção larga das duas táboas, em pleno osso são, a dois centímetros de distância do foco osteomielítico, com emprêgo da serra circular, evitando contaminação das meninges. Chamam a atenção para a conduta seguida de electro-coagulação meticulosa de todos os canais da diploe. O post-operatório foi lento, sendo que durante os primeiros 20 dias foram executadas imuno e normo-transfusões, bem como o uso de sulfatiazol por via oral. Os curativos constavam de lavagens com soluções de Dakin e aplicação de sulfanilamida em pó ao nível das incisões. A ferida cicatrizou-se com mau resultado plástico, aguardando-se, após observação mais prolongada da cura, uma possível intervenção plástica reparadora.

Os AA. apresentam um estudo radiográfico completo do caso, bem como a peça operatória que pertence atualmente, ao museu de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O paciente compareceu para ser observado pelos colegas.

Comentários: — Dr. Enio D'Aló Salerno. — Como contribuição ao trabalho do dr. Marone, quero referir um caso de fistula frontal, na qual a ausência do septo sinusal não foi notada, e que tivemos depois do tratamento. Meses depois a doente voltou e fui obrigado a intervir novamente. Desta

vez a doente não apareceu mais, o que faz pensar em uma cura, pelo menos salva.

Tenho ainda um outro caso de sinusite com inflamação do osso malar, tratado exclusivamente por métodos cirúrgicos. O paciente, só mais tarde, fez algumas injeções de bismuto tendo-se realizado então a cicatrização.

Como contribuição ao trabalho do dr. Rezende Barbosa, relato um caso de osteomielite em que a tábua interna tinha desaparecido por completo, o que foi percebido somente no ato cirúrgico. Encontrou-se uma meninge exposta em larga extensão com granulação muito grande. O pósoperatório foi acompanhado de um tratamento com sulfanilamida em microcristais. Tanto o pré como o pósoperatório foram chocantes, porque não se apresentou febre e nenhum outro sintoma. O pósoperatório foi rápido e com ausência de qualquer sintoma que dissesse que a meninge estivesse exposta em grande extensão.

Dr. Macedo Leme. — Quero referir-me aos 3 casos, apresentados, salientando que o bacteriófago só age quando posto em contato íntimo com o foco de infecção. Assim, num dos casos do dr. Marone, diz o A.: "em que havia uma fistula, o bacteriófago foi aplicado com ótimos resultados". Dêsse modo, desde que seja possível seu emprêgo, deve-se fazê-lo pois evita a mutilação e o sofrimento no doente, no caso de uma operação. O uso do bacteriófago não tem a menor contraindicação e tem dado os melhores resultados também no tratamento das sinusites. Seria interessante aplicar o bacteriófago em maior número de casos, afim de confirmar as suas propriedades terapêuticas. Estou certo de que muito podemos esperar do seu emprêgo em favor do doente e da Medicina.

Dr. Gabriel Porto. — O problema da osteomielite, é um dos mais importantes da Oto-rinolaringologia. Quero crer que o

espírito de divergências de escolas e de tratamentos depende dos tipos. Devido a uma certa incompreensão e mesmo dificuldades que temos de reconhecer estes diversos tipos é que se determina uma certa confusão entre as escolas, a conservadora e a cirúrgica. Os casos são variáveis e todos os recursos de que temos lançado mão, com eficiência parcial ou completa, são todos muito interessante e não podemos esquece-los. Parece interessante a contribuição do bacteriófago nestes casos.

Na Clínica Mayo, admite-se a divisão da osteomielite em 3 tipos: osteomielite fulminante, séptica, na qual a morte se dá em 24 a 48 horas, parecendo não haver cura; osteomielite difusa, do crânio, que é muito grave e que evolue geralmente em dois meses; e por fim o tipo de osteomielite circunscrito, que é o mais benigno e que alguns chamam de osteite. Este é o tipo da sinusite frontal fistulizada, não apresentando nada de grave e é geralmente de bons resultados cirúrgicos, pois basta abrir o abscesso e tratar do seio frontal. Entre os tipos desta classificação tão esquemática, é claro que deve haver tipos intermediários.

Estou acompanhando um paciente há 7 anos, cuja doença teve uma evolução lenta e acidentada. O paciente teve uma osteomielite e um processo septicêmico por estafilococos. Com o tratamento caminhou para a cura. Depois, em periodos de 6 em 6 meses, mais ou menos, o indivíduo aparecia com um abscesso no couro cabeludo, o qual era curado normalmente. Agora, depois dos 7 anos da primeira manifestação da osteomielite difusa, foi internado na clínica com coisa mais grave, apresentando temperatura elevada. Foi internado, embora não tivesse uma coleção supurada na região frontal, mas não demorou muito que se constituísse um abscesso. Tudo melhorou e parecia que se ia resolver, quando teve um acesso convulsivo e perda de conhecimento.

No dia seguinte, porém estava bom. Depois, resolvi fazer uma intervenção tipo Fürstenberg, mas não completa. Retirei uma grande extensão da taboa do frontal, interna e externamente. Depois de uns 15 dias surgiram sinais nítidos de abcesso encefálico. No post-operatório, que ia decorrendo satisfatoriamente, surgiu uma colossal hérnia do cérebro, do tamanho de uma laranja, manifestaram-se durante este período uma meningite concomitante e purulenta. Depois de 2 meses, consultei o dr. Carlos Gama a respeito, o qual opinou por uma ressecção da hernia, após a qual ficou madura, uma perfuração do tamanho de uma moeda de 400 réis das grandes. Depois, tivemos uma recidiva da hernia, e assim o caso acomodou-se sendo que a ósteo-mielite já há uns 3 meses está curada. Espero que este doente se restabeleça e terei a oportunidade de trazê-lo aqui. O caso é curioso pela evolução lenta da ósteo-mielite.

Um outro doente, observado nesta mesma ocasião, teve uma ósteo-mielite que se estendeu bastante, até a região occipital, tendo sofrido grande ressecção cirúrgica.

Esta contribuição serve para demonstrar que este problema da ósteo-mielite é um problema essencialmente clínico. Um médico bastante experimentado pode decidir qual a atitude que deve seguir em cada caso.

Dr. J. Matos Barreto. — Em relação ao caso do dr. Marone, cuja parte cirúrgica nos coube, eu desejo comentar sobre o emprego do bacteriófago, acentuando, todavia, que na citação de casos e estatísticas é preciso considerar, como acaba de dizer o dr. Porto, os tipos intermediários, quando não sejam unicamente de uma osteíte com fistulização e comprometimento dos tecidos moles. O caso em apreço, porém, era de ósteo-mielite, tão extensa, que nos obrigou a fazer a extirpação de quasi toda a parede lateral do nariz a espinha naso-frontal e as

paredes anterior e posterior dos dois frontais: o processo de Moulonguet ainda ampliado. Fomos felizes, assim, quando nos lembramos da oportunidade de aproveitar, em bom tempo, os estudos e a solicitude do dr. Macedo Leme, a quem nos cabe ainda uma vez agradecer.

Tendo empregado o bacteriófago em outros casos de pansinusite complicada, notando que o tratamento post-operatório é muito encurtado. Também em casos de simples tratamento conservador, os resultados são muito bons. Ocorre-me citar o caso de uma octogenária, com bronquite e impossibilidade quasi de levantar a cabeça do travesseiro. Devo dizer que neste caso, empreguei também a Tiazamida, ulteriormente. Com essa mesma preparação de bacteriófago, fornecida pelo dr. Macedo Leme, obtive o resultado desejado no caso de um menino de uns sete anos cuja sinusite, com osteíte do malar, por muito tempo ignorada, vinha comprometendo o seu estado geral. A criança por febril e não se queixar de dores, era submetida a toda a sorte de pesquisas e tentativas de tratamento clínico, menos os da especialidade.

E' apenas com estas referências que eu desejava contribuir aos comentários dos dois brilhantes trabalhos hoje apresentados. Pretendo, posteriormente, reunindo um maior número de casos, apresentá-los, como comprovantes da influência do bacteriófago na reativação benéfica da defesa dos tecidos, mesmo em processos não francamente supurativos.

Dr. J. Hirschmann. — Achan-do-me, atualmente, às voltas com um destes casos, quero relacioná-lo a esta divergência existente entre a ampla cirurgia e o tratamento conservador. O caso é mais ou menos semelhante a um dos que foram apresentados pelo dr. Marone. Há uns 4 meses, o paciente foi operado de sinusite maxilar. No post-operatório tudo correu mais ou menos normalmente. Vinte

dias após a cirurgia, apareceu um pequeno edema infra-orbitário, que se foi estendendo. A radiografia não revelou nenhuma lesão óssea. O edema continuou, e 20 dias após foi tirada nova radiografia percebendo-se então que havia uma lesão óssea no maxilar superior. Nesta ocasião o dr. Macedo Leme nos cedeu o bacteriófago. O doente com outros tratamentos também melhorou bastante, indo então para a sua residência. Uma semana depois, o edema apareceu novamente e começou a aumentar. O processo veio quasi a furo, sendo feita então uma incisão infra-orbitária e desde então, tenho aplicado o bacteriófago quasi que diariamente. O estado do doente tem melhorado sensivelmente, mas embora já não tenha mais febre, a supuração continua não cedendo, infelizmente, até agora. O doente tem um edema do dorso do nariz que está, entretanto, cedendo relativamente. Nada de definitivo se pode dizer ainda, porque o processo ainda está em evolução, sendo que foi obtida uma cultura positiva para o estafilococo dourado.

Um fato interessante, referido pelo dr. Marone, é o seguinte: No 2.º caso por ele apresentado, foi empregado o bacteriófago. Pois bem, 6 dias depois foi eliminado um sequestro. Ora, se este não fosse eliminado, a supuração

não cessaria completamente, e a intervenção deveria ser feita, embora não de modo amplo. E' o que penso do meu caso também. Talvez seja melhor fazer uma abertura mais ampla para eliminar o sequestro, se é que há sequestro.

Dr. Macedo Leme. — O bacteriófago anti-estáfilo, age sómente nos processos infecciosos, que têm por agente etiológico o estafilococo, e, mesmo assim, não resolve todos os casos. Proponho entretanto, que seja experimentado todas as vezes que houver oportunidade para tal, prosseguindo, se os resultados obtidos forem satisfatórios. Em caso contrário, lançar mão dos outros processos indicados. Levando-se em conta a sua alta especificidade, é inútil persistir nos casos em que o agente etiológico não seja homólogo, assim como nos casos de sequestro, pois o bacteriófago não poderá fazê-lo desaparecer, tornando-se indispensável a sua retirada cirúrgica. Entretanto, mesmo que o germe não seja lisado, não é uma terapêutica inútil, pois sendo o caldo simples uma substância quimiotóxica positiva, atrai os leucócitos para o foco e aumenta a imunidade local à custa das proteínas dos germes que são lisados durante o seu préparo, fatores que vão contribuir indiretamente para a cura do processo infeccioso.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 31 DE AGOSTO

Presidente: Dr. José Ramos Junior

Estudo clínico de colites — Prof. Van Der Reis — O A. abordou o problema das colites, iniciando por considerar a variabilidade do substrato anátomo-patológico de acordo com o agente etiológico em causa. Demonstrou tratar-se de uma inflamação específica ou inespecífica, com alterações da parede intestinal, hiperemia e intensa produção de muco. As ulcerações podem penetrar até a sub-mucosa, originando supura-

ções secundárias, necrose da parede, pericolite e aderências.

Fez notar a necessidade de se considerar o resultado de conjunto, dos exames clínico, radiológico, retossigmoidoscópico e bacteriológico para se chegar ao diagnóstico preciso de colite.

Abordou a seguir a etiologia do processo, considerando as causas endógenas e exógenas. As primeiras agredem diretamente a mucosa e as últimas agem por via

sanguínea ou linfática. Entre as causas microbianas, passou em revista os bacilos disenterícos, os pseudo-bacilos da disenteria, o paratífico B e germes afins, como *Salmonella*, *Gaertner*, *Castellani* e os saprófitas. Salientou a ação das toxinas dos germes, como sendo mais importante do que a própria agressão direta do germe sobre o tubo intestinal. Passou depois em revista os agentes parasitários, como ameba, *balantidium*, *giardia* e esquistosomo.

Abordou o problema das colites tóxicas e estudou a colite ulcerosa não específica, encarando alguns dos seus possíveis agentes etiológicos, tais como, avitaminoses A e B, infecções por germes, infecções à distância e, principalmente, toxinas desconhecidas eliminadas através da mucosa intestinal.

A seguir, tratou dos estados assim chamados "cólon instável" e cólon "hipocinético", quadros frequentemente diagnosticados como colite.

Focalizou depois o quadro clínico das colites, estudando particularmente a colite mucosa e as falsas colites.

Fisiopatologia das colites — Dr. José Fernandes Pontes — O A. resalta em primeiro lugar a complexidade de funcionamento dos cólons, não sendo tão somente a porção ejestora do aparelho digestivo. E' órgão excretor (metais pesados), de absorção (água), responde a influxos neuro-vegetativos (parasimpático-excitador, simpático-moderador), sofre influência de glândulas de secreção interna (tireóide, gônadas e supra-renais). As alergias digestivas, em que o cólon toma parte importante, estão sendo febrilmente estudadas em vários centros do mundo. A fisiopatologia cólica é ainda mais complexa, pela presença nêsse órgão de rica flora microbiana, susceptível de variações múltiplas. E' assunto que está sendo muito estudado, também por nós, a possibilidade de implantação de germes banais na

parede cólica, determinando infecções endógenas.

Os cólons podem ainda ser a zona de origem de reflexos de repercussão geral sobre o organismo. Citem-se a propósito, as experiências de Dovaldson em seres humanos que sentiram sonolência, diminuição da acuidade mental, nervosismo, mal estar geral, cefaléia surda, tão somente retendo as fezes por 4 dias. Não houve alteração da azotemia, nem da indicanúria. A glicemia se elevou. Houve desaparecimento imediato de tais sintomas, com um clister de limpeza. O mesmo quadro foi reproduzido, enchendo o reto-sigmóide dos mesmos indivíduos com algodão.

Quanto aos meios propedêuticos anátomo-funcionais de exame dos cólons, temos a maior experiência na radiologia e na coprologia. E' nosso tema a coprologia, ficando a radiologia a cargo do dr. Paulo de Toledo.

Os exames coprológicos podem nos dar indicações, tanto de lesões da parede cólica, quanto de distúrbios funcionais, frequentemente, associados às colites e de suma importância para o tratamento. Tudo o que este exame coprológico pode nos fornecer em relação às colites, fica esquematisado no quadro seguinte:

I) Modificações das fézes específicas de lesões cólicas ulceradas: 1) Sangue; 2) Pus; 3) Proteínas (íntegras e principalmente degradadas); 4) Catalasometria (aumento da catalase).

II) Modificações das fézes que podem existir nas colites ulcerosas, mas não dependentes das ulcerações:

1) Perturbações funcionais:

A) Insuficiência dos sucos digestivos: a) Do estômago (tecido conjuntivo, restos de cenoura e de batatinha); b) do pâncreas (fibras musculares mal digeridas);

B) Perturbações motoras (bilerubina, amido incluído, excesso de líquidos);

C) Desvios da flora: Exacerbação da flora fermentativa ou putrefativa. Amebas.

2) Sinais de irritação dos cólons: Muco.

O A. frisa muito que o muco, por si só, não é sinal de colite. Para que seja tal, é necessário que esteja junto com os sinais enumerados no primeiro grupo de modificações.

Estudo radiológico das colites —

Dr. Paulo de Almeida Toledo — O autor discorre sobre os seguintes pontos:

1) Elementos da análise oferecidos pela radiologia. A morfologia e as funções dos cólons. O início do processo inflamatório pela mucosa e sua propagação para as tûnicas musculares. Os processos espásticos. A reparação cicatricial e as estenoses resultantes. A motilidade e o trânsito. O peristaltismo e os espasmos intestinais.

2) O cólon normal. O relevo e as haustrações. Estrutura dos cólons direito e esquerdo. A alça sigmóide. Relevo e enchimento. O trânsito normal. Indicações de um e outro exame. A tolerância do clister opaco.

3) As perturbações funcionais que simulam as verdadeiras colites. A cólica mucosa, mixo-neurose intestinal membranosa ou asma intestinal.

4) Colites agudas. As enterocolites agudas e o trânsito rápido consequente. O edema da mucosa e as ulcerações. Os espasmos e a intolerância ao clister opaco.

5) Os estádios evolutivos das colites: agudo, sub-agudo e crônico. A pseudo-polipose inflamatória.

6) O valor do exame radiológico na localização e nas complicações das colites. Os estreitamentos. A invasão da tûnica muscular. Diagnóstico diferencial com os espasmos.

7) A retite estenosante de Nicolas Favre. Importância do exa-

me para a avaliação do grau e extensão do processo estenosante, assim como das dimensões da alça sigmóide, elementos essenciais para a orientação do ato cirúrgico.

8) As colites e enterocolites tuberculosas. Forma generalizada e forma ileo-cecal.

9) As colites no decurso da polipose intestinal. Valor patognomônico do quadro radiológico.

10) As colites nas diverticulites. A diverticulite aguda e a sigmoidite aguda. O clister opaco como meio terapêutico.

11) As síndromes de colite no câncer do cólon terminal. Necessidade do exame radiológico para o diagnóstico de tais casos.

12) As verdadeiras colites, por vezes amebianas, enxertadas em casos de polipose, diverticulite ou câncer. Estudo crítico do valor do exame radiológico dos cólons, para o diagnóstico exato das colites, e principalmente de sua extensão e das complicações que apresentam.

Comentários: — Prof. Van Der Reis. — Desejo fazer mais algumas referências sobre as colites mucosas. Trata-se de um quadro clínico que está na ordem do dia, sendo talvez devidas a um equilíbrio (ou desequilíbrio?) do sistema nervoso vegetativo.

A colite mucosa não é muito rara. Fazendo um inquérito em 1928, verificámos que a maioria dos autores tinha a impressão de que a colite mucosa é uma doença geral que se manifesta, muitas vezes, no intestino. Comumente são associados parasitas intestinais que podem ser responsabilizados pela eosinofilia.

Dr. José Fernandes Pontes. — Quero ressaltar que no quadro clínico da colite, não encontramos frequentemente, principalmente na colite amebiana, o quadro agudo da disenteria. O surto disentérico é apenas uma das manifestações das colites. E' muito frequente, o colítico se apresentar com uma queixa de prisão de ventre e so-

mente uma anamnese bem feita é que surpreende no passado do doente um surto disentérico. Temos somente 2 casos com prisão de ventre intensa em que não foi encontrado no passado nenhum surto disentérico e em que o exame das fezes, revelam amebas. Outras vezes são crises de diarreia, alternadas com períodos de prisão de ventre. Não é raro, também, o quadro intestinal ser vago, queixando-se o doente de distensão do abdomen, e mal-estar de flatulência, de roncões e rolamentos intestinais. Tudo isto entremeado de surtos mais ou menos longos e diarreiais ou de períodos de prisão de ventre. São estes os casos na nossa experiência que mais se beneficiam com o tratamento dietético corretivo da disfunção existente e diagnosticada através do exame coprológico. A etiologia destas colites, que são mais enterocolites, é variável, predominando, no nosso meio, a amebíase.

Dr. José Ramos Júnior. — Colaborando com o relatório do dr. Pontes, acrescento que os AA. americanos estudam mais uma prova clínica da amebíase: é a amebíase com dejeções e fezes normais.

Quanto ao trabalho do dr. Paulo de Almeida Toledo, achei um pouco forçada a expressão "dedos em bagueta de tambor, ser igual à polipose intestinal". Este fenómeno é devido a uma anoxia anoxêmica. No caso, quer me parecer se devido a um estado de anemia crônica, pois estes doentes, são portadores de um estado de expoliação crônica.

Dr. Paulo de Almeida Toledo. — Esclarecendo o ponto abordado pelo sr. presidente tenho a dizer que, evidentemente, este sinal tem uma série de etiologias diversas, aparecendo nas cardiopatias congênitas ou de longa data, nas supurações pulmonares crônicas, etc. A explicação é realmente esta que o dr. José Ramos, acaba de expor. Nos indivíduos com polipose intestinal, a anemia intensa e a toxicose crônica decorrentes das perturbações digestivas são os responsáveis por ele. Evidentemente, portanto, nem todo indivíduo com dedos de bagueta de tambor, tem polipose intestinal. Devemos porém suspeitar de polipose, quando se trata de um indivíduo que, ao lado deste sinal, apresenta uma síndrome de disenteria crônica. O que vale é o quadro de conjunto.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE AGOSTO

Presidente: Dr. José Rosemberg

Quadros radiológicos da tuberculose na criança — Drs. Ranulfo Merege e Homero Silveira — Os AA. iniciam a sua comunicação, dando o conceito de primo e de super ou reinfeção, com as duas divisões das diversas formas de tuberculose na criança, dando em seguida uma classificação das diferentes localizações da tuberculose.

Passam, em seguida, a considerar os quadros rádio-clínicos da tuberculose primária intra-tóxica, descrevendo-os à vista da documentação radiográfica que exi-

bem, fazendo o mesmo relativamente à tuberculose pulmonar — os dois grandes temas que mais deveriam interessar no seu trabalho. No decorrer da primeira parte, discutem a questão da adenopatia tráqueo-brônquica desfazendo todas as dúvidas que poderiam fazer surgir do diagnóstico de infiltração primária e adenopatia. Lembram ainda as várias causas de erro, quando intervêm outras sombras patológicas. Na mesma ordem de idéias, estudam a clínica do complexo primário, de acordo com as idéias de Redeker, apresentação dos quadros rádio-clí-

cos da tuberculose pulmonar, os AA. estudam a tuberculose miliar, a pneumonia caseosa, a lobite, o infiltrado precoce, a tísica primária, deixando de parte em homenagem aos seus colegas que se dedicam à tuberculose chamada do adulto, o estudo da tísica terciária.

Passam os AA. em seguida ao terceiro capítulo da sua comunicação, estudando o valor absoluto e relativo dos meios de diagnóstico. Neste particular ressaltam a noção de contágio e a reação tuberculina aduzindo opiniões de autores abalizados e a sua própria experiência exposta em gráficos e cálculos estatísticos, que trazem a público. Discutem aqui, longamente, o valor do exame clínico, que consideram de nenhum modo infalível, trazendo a opinião dos autores estrangeiros sobre o assunto. Finalmente, à vista de dois gráficos a cores, que são explicados e discutidos, os AA. demonstram o que lhes foi dado colher, em 1940, na Clínica Infantil do Instituto Tisiológico Clemente Ferreira, cujo material serviu para a confecção do seu trabalho. Completam, fazendo referência à importância do "Mycobacterium tuberculi" para o diagnóstico da tuberculose, na infância.

Comentários: Dr. Roberto Brandi. — Desejo abordar algumas questões apenas sobre a parte de laboratório, a que me dedico; primeiramente chamo a atenção para o fato de que a percentagem de positividade para o bacilo de Koch não faz parte do quadro que os AA. apresentam, pois a pesquisa bacteriológica em crianças não era realizada, como prática rotineira, na ocasião em que se apresentaram os casos que serviram à confecção do referido quadro. No entanto, atualmente, a Secção de Crianças do Instituto Clemente Ferreira tem um laboratório próprio, que se acha sob minha direção e que está habilitado a fazer o despistamento do bacilo de Koch, por todos os meios neces-

sários, principalmente culturas. Esta é, mesmo, feita sistematicamente em todos os casos de crianças com aspectos radiológicos suspeitos ou apresentando nitidas lesões. Sou de opinião que se deve fazer a pesquisa do bacilo de Koch no conteúdo gástrico de toda criança com aspectos suspeitos ou mesmo sem razões radiológicas visíveis, mas com reação tuberculinica positiva, pela razão de que, muitas vezes, lesões brônquicas podem existir sem que então se evidenciem pelo exame radiológico. O achado radiológico e a reação tuberculinica podem, geralmente, fazer o diagnóstico de tuberculose na criança, sem o auxílio da pesquisa do bacilo de Koch, mas, o mérito deste exame está, principalmente, em se demonstrar ou não a existência de uma fonte contagiante, principalmente em crianças na idade escolar. Sabe-se que a criança é geralmente pouco contagiante, porque não tosse, mas o perigo aumenta e de muito, quando outras infecções, que provocam tosse, aparecem intercorrentemente.

Entretanto, todos os que porfiam em pesquisar o bacilo de Koch em crianças sabem da incerteza e das falhas de se encontrar o germen, principalmente se não aprofundarmos a pesquisa mediante provas sensíveis como a cultura e inoculação em cobaias. Refiro-me, é claro, àqueles casos de lesões incipientes, não apresentando ulcerações e disseminações, mais ou menos extensas. Os AA. são de opinião de que as pesquisas devem ser insistentes e que devem ser repetidas várias vezes, com intervalo de semanas ou de dias ou mesmo em dias consecutivos. Poulsen, por exemplo, acha que só se deve considerar isento de bacilos de Koch o conteúdo gástrico que apresentou dois ou três exames seguidos negativos.

No laboratório do serviço de crianças em que praticamos sistematicamente a cultura em todos os casos que nos aparecem, temos, nesse material variado, de casos

suspeitos ou com lesões mínimas, até grandes ulcerações cerca de 12% apenas de culturas positivas. Este número, que também nos parece muito baixo, é, no entanto, a expressão da realidade, dadas as condições, de trabalho. Frisamos que, em muitos casos, a pesquisa foi insistente e repetida com algum espaço de tempo.

Dr. Caio Celidônio. — O dr. Homero Silveira foi muito claro na exposição do seu trabalho valioso e minucioso, feito em colaboração com o dr. Merege. Entretanto, dois pontos não ficaram bem esclarecidos para mim, a saber: 1.º) qual a frequência e percentagem de crianças matriculadas no Serviço, que se apresentavam tuberculino-negativas? 2.º) no trabalho exposto, os autores não se referiram à disseminação precoce de Redeker, pois só ouvi referências à forma miliar, expressão esta que sem significação anátomo-clínica de generalização é de suma gravidade. Desejaria saber se não foi observada na Secção de Crianças do serviço de tuberculose aquela forma hematogênica da tuberculose.

Dr. Gabriel Borba. — Em nosso serviço, a pesquisa do bacil de Koch no suco gástrico, é feita sistematicamente e tem dado um resultado de positividade muito elevado, mesmo: aqueles casos de lesões mínimas, que não são perceptíveis aos raios X.

Dr. Ranulfo Merege. — Agradeço em meu nome e no do dr. Silveira, a contribuição do dr. Brandi, cujo trabalho vimos acompanhando com carinho e administração do Instituto Clemente Ferreira, e a opinião do dr. Borba, que, de algum modo, veio preencher uma lacuna do nosso trabalho.

Respondendo ao dr. Caio, tenho a dizer que Redeker e Aschoff estudavam sob o nome de disseminação precoce uma disseminação que tem lugar no início da infiltração primária. Mas tal disseminação pode determinar o aparecimento de focos tuberculosos em qualquer parte do corpo (tu-

bérculos orgânicos de Aschoff), mas só muito superficialmente visível aos raios X. E' o caso por exemplo de uma das nossas radiografias, em que se veem vários nódulos de Simon, que, segundo este autor e Braeuning e Redeker, resultam de uma disseminação precoce. Nada mais natural, portanto, que deixassemos de incluir em um trabalho que tem como título ostensivo "Quadros rádio-clínicos da tuberculose na criança", uma forma de tuberculose que encontramos apenas uma ou duas vezes em mais de uma centena de radiografias.

Dr. Caio Celidônio. — Eu me referi à "disseminação precoce" de Redeker que se processa antes da infiltração primária e que é clínica e radiologicamente aparente. Em 1927, Redeker chamava a atenção dos tisiólogos para este fato. Sob a designação de disseminação precoce" compreende-se (segundo o referido autor) a invasão bacilar da pequena circulação pela via linfo-hemática a partir dos gânglios peri-tráqueo-brônquicos, seguindo o deságua da linfa nos ângulos venosos brônquio-cefálicos, pelo canal torácico à esquerda e grande veia linfática à direita.

Os gânglios não desempenham o papel de filtros, mas, o de decantadores rapidamente ultrapassados pelos bacilos. Esta base patobiológica foi estabelecida por Hubschmann e Ghon, tendo este último, em 100 autópsias encontrado 89 vezes focos tuberculosos nos gânglios linfáticos dos ângulos venosos, ultrapassando portanto, toda a cadeia linfática.

Resulta desta invasão bacilar na pequena circulação, reação inflamatória característica que dá aos campos pulmonares, aspecto turvo, acinzentado, com acentuado espessamento da trama vaso-brônquica, lembrando, o conjunto, a imagem radiológica da estase circulatória. Em fases sucessivas, reduzindo-se a reação em torno dos focos, o quadro adquire progressivamente aspectos especiais, mostrando for-

mações parecidas com grinaldas, isso, em virtude da soma de sombra de focos superpostos, delimitadas por semi-luas claras.

A regressão mais avançada da reação perifocal deixa ver pequenos focos, moles, arredondados, dos quais, em última fase ficam como sequelas apenas pequenos pontos fibrosos, alguns calcificados, disseminados em todo o campo pulmonar.

Esta tuberculose hematogênica tem a sua tríade sintomática estabelecida por Redeker, a saber: 1.º) noção de contágio recente comprovado; 2.º) imagem radiográfica de disseminação já descrito; 3.º) entumescimento dos gânglios peri-tráqueo-brônquicos.

Este último sinal pode faltar nos casos de primo-infecção intestinal, e, segundo Anders, nas localizações do foco primário, nas bases pulmonares, porque, segundo este autor, os linfáticos desta região são tributários de gânglios abdominais e cisterna quilifera.

Em 1931, Redeker demonstrou que esta disseminação hematogênica se processa na fase inicial da primo-infecção, (contrariando o conceito de Simon de que elas seriam do período secundário de Ranke), antes do aparecimento das reações em torno do foco primário e gânglio satélite, que, unindo em um só bloco, estes dois elementos fundamentais do complexo primário, constitui a chamada infiltração de Redeker.

Esta reação perifocal da infiltração primária precede de muito tempo o aparecimento da alergia esclerosante de Ranke, denominada por este autor de "alergia primária", portanto ela é pré-primária e, como a disseminação precoce é seguida de reações perifocais, que aparecem antes da reação em torno do foco primário, e regredem antes que o complexo primário tenha alcançado a fase bipolar, obedecendo, portanto, a uma alergia de hiper-sensibilidade que precede a pré-primária Redeker a designaria de pre-pré-primária. Assim, o faria para não

quebrar a série de alergias criada por Ranke, primeiro patologista que dividiu a evolução da tuberculose em estádios, apoiando-se em razões de ordem anatômica, histológica e imunobiológica, estabelecendo as relações patomorfológicas e pato-biológicas do processo.

Redeker afirma que o maior número de formas infiltrativas da criança que se descreve como tuberculose típicas secundárias, no sentido de Ranke, pertence na realidade à fase precoce do foco primário.

A disseminação bacilar precoce foi demonstrada por Marmorek que encontrou os bacilos de Koch no sangue de animais 6 horas depois da infecção experimental.

Durante muito tempo, as expressões tuberculose hematológica e T. B. miliar foram usadas como equivalentes.

Uma disseminação precoce extensa não se distingue em nada radiologicamente, de uma tuberculose miliar mortal. Contrastando com os quadros radiológicos os estados gerais são muito diferentes. O prognóstico no primeiro caso é benigno e no segundo é sombrio.

E' possível que o essencial seja a participação de órgãos extra-pulmonares, principalmente o cérebro e as meninges, isto é, a co-participação da grande circulação na forma miliar, embora não sejam raras as metástases isoladas na grande circulação, durante as disseminações precoces.

Redeker acha problemático que T. B. C. miliar mortal se produza quando haja irrupção de um foco na via vascular (teoria de Wiger) e disseminações precoces pelas metástases linfo-ganglionares.

Hubshmann nega este conceito e atribue a estados alérgicos diversos, a diferença entre estas duas formas de T.B.C.

Do exposto, ressalta, claramente, para o fisiólogo, a importância do diagnóstico desta forma pré-alérgica da tuberculose. Este per-

mitirá, sejam tomadas as medidas, terapêuticas, afastamento do paciente da fonte contagiante e estabelecerá o prognóstico que é benigno, diametralmente oposto ao da forma miliar que radiologicamente com ela se confunde.

Devemos os nossos conhecimentos clínicos e radiológicos do complexo primário agudo a Redeker. Tanto assim, que antes deste autor havia uma ou outra referência a quadros rádioclinicos que só mui timidamente eram atribuídas ao início da infecção. Brekhof, entre outros autores, tendo encontrado no peito de uma criança, que havia estado em contacto com a mãe tuberculosa, uma faixa que se estendia do hilo ao pulmão direito, atribuiu ao início da infecção. Outros autores fizeram pouco mais ou menos a mesma coisa, em relação ao que eles chamaram de epituberculose e ao pleuriz. E, de acordo com Redeker, a infiltração primária é a primeira manifestação clínica e radiológica da infecção tuberculosa. Talvez haja uma disseminação ainda mais precoce, tendo lugar antes do aparecimento da infiltração primária, e se apresentando ao exame radiológico sob aspecto de uma tuberculose miliar benigna, como quer o próprio Redeker e Braeuning, mas isto não é admitido por todos os autores e nunca foi visto entre nós.

Uma nova intervenção colapso-terápica — Dr. Rui Dória — O que o A. apresentou aos colegas não é uma inovação na terapêutica cirúrgica da tuberculose pulmonar, não é uma operação rigorosamente nova, mas apenas a combinação de algumas técnicas já conhecidas, com a finalidade de procurar solucionar casos que apresentam contra-indicação tanto para toracoplastia como para pneumotórax extra-pleural.

Frisa que o método que mostrou não pretende substituir a toracoplastia nem o pneumotórax extra-pleural. É uma tentativa de solução cirúrgica de casos graves,

por colapso completo em um só tempo operatório, sem graves desequilíbrios funcionais (como acontece nas tórax muito extensas) e sem necessidade de manuseios posteriores para a manutenção do colapso (como acontece com o pneumotórax extra-pleural).

Antes de mais nada reafirma a sua confiança no método Semb, declarando que a orientação cirúrgica de Overholt lhe parece, no momento, a mais acertada e a mais eficiente. É ao Semb que recorre de preferência, realizando o colapso em dois tempos em regra. Mostra alguns casos pessoais de operação de Semb rigorosa, e alguns outros com pequenas modificações de técnica e de tática, porém, sempre sob a mesma orientação. Há casos, no entanto, que oferecem sérios perigos, se submetidos à toracoplastia (perturbações funcionais cárdio-respiratórias, respiração paradoxal, mediastino-pêndulo, etc.). Há outros casos que, conquanto suportem bem o primeiro tempo operatório (tempo apicolítico, ressecção das três primeiras costelas) não permitem a realização do segundo tempo operatório em momento oportuno o que prejudica ou impossibilita a realização perfeita do plano geral do colapso. Por outro lado, tais casos que, do ponto de vista funcional comportariam indicação de pneumotórax extra-pleural, escapam às indicações desta intervenção, por impossibilidade de descolamento no espaço sub-facial, pela grande dimensão ou pela corticalidade da caverna.

Situações tais fizeram sempre pensar na possibilidade de um colapso cirúrgico que pudesse reunir o equilíbrio estático e dinâmico de pneumotórax extra-pleural às vantagens do método Semb, ao mesmo tempo que ficasse firmemente mantido o colapso, conseguido no ato operatório sem necessidade de injeções posteriores (como nas plumbagens). Mostra, a seguir, algumas radiografias de casos de oleotórax extra-

facial e extra-pleural e mixtos, com e sem ressecções costais.

Nesta altura, uma nota prévia de Charles P. Bailey apresentando a sua "Pneumolyse extra-periostica" (J. T. S. Fevereiro 1924), focaliza o problema claramente e propõe uma solução cirúrgica para casos semelhantes. A intervenção de Bailey realiza a mesma coisa que o Semb, fazendo a clivagem do pulmão, exatamente no mesmo espaço extra-facial, conservando porém os arcos costais desperiostados, com a finalidade de manter integro o arcabouço torácico, evitando assim todas as perturbações consequentes ao descolamento, ao desequilíbrio do tórax. O colapso nos três sentidos, ápico-caudal, lateral e ântero-posterior é realizado em um só tempo operatório (tal como no pnx. extra) porém no espaço extra-facial (tal como no Semb).

A estrutura óssea do tórax é mantida na mesma situação e os periosteos costais descem com o pulmão. Depois da intervenção Bailey trata esse grande espaço extra-facial com a mesma conduta do pneumotórax extra-pleural. Podemos pois denominar a sua intervenção de "pneumotórax extra-facial". Já entre nós Fleury de Oliveira apresentou, há algum tempo, uma combinação de Semb e pnx. extra-pleural (1.º tempo de Semb com descolamento extra-pleural para baixo e manutenção do colapso com insuflações de ar). A finalidade do método, como Bailey muito bem explicou, é conseguir somar as vantagens do pneumotórax extra-pleural às da toracoplastia e evitar os perigos próprios de ambas as intervenções. Colapso completo em um só tempo operatório com lise extra-periostica e extra-facial e conservação do equilíbrio da estática torácica, evitando transtornos funcionais cárdio-respiratórios e perfuração pulmonar no espaço extra-pleural. Esse problema, a fistula bronco-extra-pleural é um dos perigos do pnx. extra — e a técnica de Bailey procura contorná-lo

pelo descolamento extra perióstico e manutenção da circulação intercostal. Para isso secciona e liga os vasos inter-costais junto à coluna, conservando a sua continuidade com as artérias mamárias internas na face anterior.

A operação de Bailey pode entretanto ser modificada, combinando com a operação de Kremer — plumbagem de parafina extra-periostica. Tendo visto executar esta última operação pelo próprio Kremer, verificara as suas dificuldades e riscos de ordem técnica que tornam impossível uma perfeita e correta apicólise. Kremer resseca um certo arco costal e através dessa pequena brecha trabalha os periostios da face interna das costelas com ruginas anguladas e visão muito imperfeita. Declara que sempre foi contrário ao emprêgo da parafina e assim se impressionou mal com a operação de Kremer. No entretanto os trabalhos de Cetrangolo e Pavlosky fizeram crer na possibilidade de solucionar casos graves com lesões extensas e evolutivas pela plumbagem extra-pleural de parafina.

Teve a idéia de associar a operação de Bailey à de Kremer realizando o que se pode chamar de plumbagem extra-facial. O grande espaço vazio entre o mediastino e os arcos costais desperiostados é imediatamente preenchido com parafina sólida, ponto de fusão 56. A parafina mantém com mais firmeza o colapso pulmonar e a estática do tórax e a operação fica completa, sem necessidade de insuflações posteriores. Tal como tem procedido com todos os métodos novos, só praticou esta intervenção em casos rigorosamente contra-indicados para toracoplastias, pneumotórax extra-pleural e até mesmo aspiração endo-cavitárias. Só foram submetidos à nova técnica casos cuja gravidade justificasse uma tentativa, casos evolutivos e casos em condições precárias funcionais. Quanto às indicações dessa nova operação é evidente que não se pode preten-

der precisá-las em um simples ensaio e com um número insignificante de casos. De um modo geral, a plumbagem extra-facial, uma vez que, estudos e práticas posteriores hajam sancionando o seu emprêgo, poderá viver das contra-indicações de ordem clínica, anátomo-radiológicas e topográfica do pneumotórax extra-pleural e das contra-indicações de ordem clínica e funcional da toracoplastia. Condições funcionais cárdio-respiratórias contra-indicam a toracoplastia, a caverna é grande, as lesões são extensas e é de receiar que possam comunicar com o pnx. extra-pleural. Pode-se pensar na plumbagem extra-facial.

Com pleuras espessadas, pulmões rígidos, mediastino fixo é possível estender as ressecções costais sem perigo. Diante de pulmão muito móvel, no ato operatório verificamos o perigo de prosseguir e sacrificamos o colapso. Em tal emergência a intervenção pode ser prosseguida até a obtenção do colapso concêntrico necessário, interpondo-se depois, entre o pulmão colado e a parede costal desperiostada, a massa, ficando assim mantido o equilíbrio e evitadas as graves perturbações de ordem funcional.

E' forçoso reconhecer os inconvenientes da presença de corpo estranho e os perigos da parafina. Passa então a falar sobre os parafinomas e os tumores devidos aos hidrocarburetos.

A massa de parafina pode ser retirada algum tempo depois (no mínimo dois meses) ressecando-se então as costelas desperiostadas.

Passa em seguida a expor, com documentação radiográfica, e plangiográfica, 8 casos em que realizou a plumbagem extra-facial. O post-operatório de todos, excelente, do ponto de vista funcional. Nenhum choque. Apenas um (operado em crise hemoptoica) necessitou sôroterapia. Nenhuma infecção na loja da parafina. Duas pequenas supurações exclusivamente parietais, rapidamente curadas por dre-

nagem. Na maioria dos casos o descolamento atingiu até a 7.^a costela e o espaço vazio foi preenchido com 500 grs. de parafina.

Julga os resultados imediatos muito animadores em face da gravidade dos casos operados e da extensão de colapso obtido em um só tempo operatório.

Não é momento ainda de discutir resultados tardios e complicações futuras. Fica apenas estabelecida a benignidade operatória. A plumbagem extra-facial não pode ser vista apenas como operação autônoma. Deve ser encarada também como tempo preparatório de toracoplastia e como recurso auxiliar em determinadas circunstâncias.

Comentários: — Dr. José Roemberg. — Em nome da mesa agradeço ao dr. Dória, o seu trabalho. Devemos dizer que o brilhantismo do mesmo não constituiu surpresa para nós, porque sabemos o quanto o dr. Dória é investigador destes problemas de colapsoterapia. O método que ele, ainda com muita prudência, acaba de nos relatar, mostra a grande maleabilidade que apresenta a colapsoterapia cirúrgica de hoje, e as grandes possibilidades que existem de associação deste métodos e mostra-nos quanto se pode ainda fazer no sentido de se obter um método ideal para o fechamento das cavernas. Se o presente método provar bem, nos resultados tardios como já o fez nos resultados imediatos demonstrando que não trará consequências longínquas existentes nos técnicos similares, então estamos convencidos e que será um método que terá diante de si as melhores perspectivas.

Sobre a fagoterapia nos distúrbios intestinais intercorrentes na tuberculose pulmonar e nos de natureza alérgica — Dr. A. Nicolau Aun — O A. iniciou, analisando as diversas causas prováveis, que influem na diarréia dos tuberculosos, entre as quais as de ordem

nervosa, alérgica e de exaltação da flora microbiana de sua ação. Em relação às enterites específicas, teceu comentários quanto à insuficiência das terapêuticas existentes.

Apresentou a seguir, uma série de casos de doentes, tísicos, sofrendores de surtos diarréicos renitentes, entre os quais dividiu os de natureza específica e os de natureza inespecífica. Estes todos foram tratados por um bacteriófago associado a fermentos digestivos. Relatou os resultados obtidos, nitidamente satisfatórios nas diarréias comuns, debelando em quasi todos os casos os distúrbios intestinais. Nos casos de tísicos com metástases específicas, o tratamento permitiu observar em metade dos doentes, melhoras e acalmias. O A. explica esta ação, pelo motivo do bacteriófago agir rápida e eficazmente sobre os germes da flora intestinal, que, quasi sempre, senão sempre, se encontram com a sua virulência exaltada complicando assim as enterites específicas.

Em seguida o A. relatou as melhoras e curas verificadas em tísicos portadores de amebíase. Analisou longamente o provável mecanismo de ação da bacteriofagia nesses casos, fixando-se mais no fato da associação simbiótica que parece existir entre os protozoários e os germes da flora intestinal.

Por fim o A. explanou os satisfatórios resultados que obteve com o tratamento tal como o aconselha nos casos de distúrbios intestinais em tuberculosos, catalogados como de natureza paralérgica (intolerância ou sensibilidade para com vários alimentos e sensibilidade intestinal para com os bacilos do grupo coli e outros).

Estudou a paralogia na tuberculose e demonstrou como esta pode ser legitimamente invocada para explicar muitos dos distúrbios intestinais inespecíficos na tuberculose. A ação de um bacteriófago adequadamente preparado, associado à fermentos digestivos

de naturezas várias é sempre favorável neste caso, eliminando ou diminuindo amplamente as causas sob as quais se desenvolvem os distúrbios intestinais de natureza paralérgica.

Comentários: — Dr. Roberto Brandi. — Os distúrbios alimentares que podem ocorrer na tuberculose, são devidos, em grande parte, as alterações que a infecção tuberculosa provoca no fígado que é mesmo, como comprovam trabalhos anatomo-patológicos, diretamente atacado. Tanto isto é verdade que grande número de autores tem estudado e demonstrado a existência de uma insuficiência hepática em tuberculosos. Há pouco tempo tive também ocasião de apresentar a esta Secção um trabalho sobre a prova da santonina em tuberculosos, em que procurei demonstrar que a insuficiência hepática nos tuberculosos pode ser demonstrada frequentemente mediante essa sensível prova funcional.

Quanto à fagoterapia nas protozooses, é muito interessante de ser considerada, porque todos sabem da dificuldade do tratamento das amebíases, p. ex., em que a maioria dos medicamentos indicados, para tal fim falham lamentavelmente.

Chamou-se ainda a atenção a afirmação do dr. Aun referente às dificuldades do diagnóstico dos cistos de *Endamoeba histolytica*. Creio, no entanto, que, com métodos de coloração adequados, como o da hematoxilina férrica, pode-se diagnosticar perfeitamente os vários tipos de amebas.

Em nosso laboratório do serviço de crianças vemos com muita frequência infestação dos doentinhos por vermes intestinais (chega mesmo a perto de 80% às crianças infestadas). Essa infestação poderia explicar talvez os distúrbios digestivos que aparecem nessa classe de tuberculosos.

Gostaria ainda que o dr. Aun me informasse quais são em seus

casos os germens mais frequentemente encontrados nas fezes, se apenas do grupo coli, ou outros germens patogênicos e não normalmente existentes na luz intestinal.

Dr. Ranulfo Merege. — Quero dizer apenas em 1940, nas crianças por nós examinadas no Instituto Clemente Ferreira, encontramos diarreias em 15 % dos casos de tuberculose pulmonar. Estes dados eu os cito com colaboração ao trabalho do dr. Aun, que apreciei bastante.

Dr. A. Nicolau Aun. — Em resposta ao dr. Merege, tenho a dizer que os distúrbios intestinais encontrados na tuberculose do adulto atingem, segundo a maioria dos autores, a quasi 50 % dos casos. Esclareço que nestas cifras estão incluídas tôdas as manifestações diarreicas não específica, pois está claro que não nos referimos somente as metástases intestinais tuberculosas. Os nossos casos não podem ser comparados aos do dr. Merege, porque: 1.º) nos casos dêle trata-se de crianças, que procuraram o seu serviço por motivos vários, que não apenas a tuberculose; 2.º) porque no nosso caso, trata-se de indivíduos adultos, tísicos, que só nos procuraram porque já apresentavam distúrbios intestinais.

Ao dr. Brandi, respondemos que a dificuldade no diagnóstico do cisto de ameba histolítica, é proclamada por quasi todas as autoridades em assuntos de laboratório e, portanto, a opinião não é nossa. O processo lembrado, da hematoxilina férrica, tem o seu devido valor, inegavelmente, mas não é absoluto.

Quanto aos germes encontrados em tuberculosos diarreicos,

esclarecemos mais uma vez que se trata da flora habitual do intestino, quasi sempre exaltada nas manifestações intestinais da tuberculose, entre os germes patogênicos, temos encontrado mais frequentemente o Flexner. Quanto à ação da fagoterapia nas protozooses, já dissemos e repetimos, que não sabemos como ela age precisamente, mas o fato é que seu efeito benéfico é verificado, principalmente quando aplicada na fase inicial da moléstia.

Agradecemos penhorados os elogios que nos dirigiram os drs. Merege e Brandi, que, sem falsa modéstia, julgamos imerecidos.

Dr. José Rosemberg. — A mesa felicita o dr. Aun pelo seu trabalho, que veio lembrar aos tisiologistas um fato de que muitas vezes êles se esquecem, na ânsia de combater o bacilo de Koch; aquele de combater os germes de associação. Sabemos que nas vias aéreas, há uma infinidade de germes de associação, que se pudessem ser eliminados, seria de grande vantagem. A mesma coisa parece que se passa no tubo digestivo e parece que o autor o pôde demonstrar em seus trabalhos.

No que diz respeito às manifestações paralérgicas do tubo intestinal, penso que estamos diante de um terreno muito movediço mas de grande importância. No momento não conseguimos dominar com segurança os fenômenos alérgicos que aí se passam, mas, talvez, mais tarde um pouco, possamos dar um grande passo no combate a estas manifestações, diminuindo assim os distúrbios intestinais que tanto afligem os tuberculosos, prejudicando seu tratamento. A perspectiva que o dr. Aun nos mostrou é pois prenhe de interesse.

TRANSPULMIN



Homburg

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Otacilio Gualberto

Generalidades sobre a prática da urologia na criança. Semiologia. Instrumental usado pelo A. para diagnóstico e tratamento — Dr. Geraldo Vicente de Azevedo — O A. descreve, em breve histórico, o desenvolvimento da urologia na infância, que resultou da adaptação e aplicação dos métodos de diagnóstico e tratamento usados no adulto. É uma necessidade a prática sistemática da urologia pediátrica, que o A. vem empreendendo entre nós, cousa que até agora só tem sido feita na América do Norte.

Refere-se detalhadamente à propedêutica urológica na criança; anamnese, palpação, percussão, toque retal e exame instrumental, (principalmente o endoscópico), provas da função renal, exame radiológico, destacando a importância da urografia excretora, da uretero-pielografia ascendente e da ureterocistografia. Apresenta os instrumentos que habitualmente emprega e que satisfazem a todas as exigências da técnica urológica, entre outros o cistoscópio de Willi (Heynemann), o cistoscópio operatório de Campbell, o de cateterismo bilateral dos ureteres (do mesmo autor), o de Laidley, (de fabricação norte-americana), beniquês em miniatura, etc. Finalmente exhibe numerosas chapas radiográficas de diferentes afecções urinárias na criança, mesmo de tenra idade, compreendendo urografias intravenosas, uretero-pielografias ascendentes e ureterocistografias.

Comentários: — Prof. Ataíde Pereira. — A comunicação do dr. Geraldo Vicente de Azevedo, veio nos mostrar o quanto pôde fazer a boa vontade quando se trabalha numa atmosfera de "ventos favoráveis". Não nos disse o dr. Geraldo se este material era de sua clínica privada ou de alguma or-

ganização hospitalar, mas pelo volume de observações que ele encerra, creio que é um material proveniente de serviço hospitalar bem organizado. O que a boa vontade permitiu a um especialista estudioso, como o dr. Geraldo, foi transportar para a prática infantil, tudo aquilo que se consegue no adulto.

Não sei bem a quem cabe a primazia das investigações sobre a urologia infantil, em São Paulo, mas de 1926 para cá, procurei de minha parte, fazer o quanto me foi possível, principalmente com as aquisições que eram acessíveis naquela época. Quando foi da inauguração do Pavilhão Fernandinho Simonsen, meu interesse pela urologia infantil foi grande. Consegui naquela ocasião duas salas, para serem destinadas à instalação de um serviço de urologia infantil, e tinha já dado as providências necessárias para a compra do material. O dr. Gregório Warschwichik sob a minha orientação, desenhou para o serviço de Urologia do Pavilhão Fernandinho, todas as instalações necessárias. Lamentavelmente no dia da inauguração, quando estes desenhos foram apresentados, tive a maior decepção possível. Tudo aquilo que havia feito com grande esforço, tudo aquilo que o dr. Warschwichik havia desenhado e preparado com tanto carinho, perdendo horas de seu tempo precioso e sem nenhum lucro, foi destruído em poucos minutos, pois o que se me disse, foi que "todo aquele esforço não passava de uma pretensão para notabilizar-me à custa da Santa Casa".

Desde então, o meu entusiasmo se arrefeceu e desisti de pretender instalar um serviço de urologia infantil. Tratei entretanto, de adquirir por conta própria o material necessário para a prática dos exames urológicos na infância,

tendo então tido ocasião de fazer uma série de trabalhos, sobre "A prática da Urologia na Infância". Falta-me entretanto para prosseguir no meu trabalho, o elemento hospitalar, mas isso não me foi mais possível. Mesmo assim, ainda pude realizar outros trabalhos que tenho apresentado a esta Casa.

Um certo empecilho para o desenvolvimento da urologia infantil é criado pelos nossos colegas pediatras, que têm verdadeiro temor de realizar os exames urológicos nas crianças. Também, os pais das crianças, difficilmente concordam com tais exames. Entretanto, como muito bem frisou o dr. Azevedo, os exames, não passam de exames benais, principalmente para quem está habituado a utilizar o material urológico. Certa dificuldade é criada pela necessidade da anestesia que muitas vezes prejudica o exame, sobretudo o radiológico. O que é verdade é que todos estes óbices podem ser vencidos pelo especialista.

Quanto à questão dos instrumentos (cistoscópios) a serem usados em crianças, noto que nesta questão há exagêros, no que respeita ao calibre dos mesmos. Não há necessidade de instrumentos excessivamente finos e mesmo alguns instrumentos de adultos podem ser usados em crianças, sobretudo meninas. Nos exames, a bexiga não deve ser excessivamente cheia pois isto dificulta o exame. Lembro-me de que no serviço do prof. Define, consegui cateterizar perfeitamente, até recém-nascidos.

Na questão da litotripsia, lembro que na Rússia se faz a operação com aparelhos de calibre pequeno (Schnabe-Collin).

Sou de opinião, de que este trabalho que o dr. Azevedo acaba de nos apresentar, deveria ser lido na Secção de Pediatria, para mostrar aos colegas desta especialidade o muito que se pode fazer no campo da Urologia Infantil em nosso meio.

Fazendo estas considerações em torno do trabalho do dr. Azevedo, eu quero frisar ainda uma vez, que sempre houve, em nosso meio, esta boa vontade de se progredir na especialidade, e, se a Urologia infantil não progrediu entre nós como devia, a culpa não cabe aos especialistas, mas sim aos próprios elementos do nosso meio, que criaram toda a sorte de dificuldades para isso. Assim, termino estes comentários, felicitando mais uma vez o dr. Azevedo pelo seu admirável trabalho e fazendo votos ardentes para que ele não encontre empecilho capazes de entravar o seu entusiasmo pelo assunto.

Prof. Rodolfo de Freitas. — Como detentor de uma cátedra de Clínica Urológica, em uma Escola de Medicina do Brasil, não poderia deixar de dizer alguma coisa em presença de um trabalho tão interessante como este que acaba de nos apresentar o dr. Geraldo Vicente de Azevedo. Este trabalho não era novidade para mim porque elle foi realizado quasi que a meu lado e tive mesmo ocasião de acompanhar todo o seu desenvolvimento, desde o seu início. Com este trabalho realmente se abre um novo setor na urologia brasileira, pois elle vem inscrever um capítulo novo entre os especialistas do Brasil, embora não devem ser esquecidos os esforços honestos e bem orientados que se realizaram, anteriormente, no mesmo sentido. Por este motivo, a medicina brasileira e os urologistas de um modo especial, estão de parabens, porque estão assistindo à eclosão de uma especialidade nova dentro da nossa especialidade. Congratulando-me com a Urologia de São Paulo, e do Brasil, torno a cumprimentar o dr. Azevedo com os meus mais calorosos cumprimentos.

Dr. Geraldo Vicente de Azevedo. — Em primeiro lugar, quero agradecer aos bondosos comentários dos colegas, que muito me lisonjearam. Quanto ao reparos feitos pelo dr. Ataíde, devo dizer que os

enfermos de que dispus para a realização do meu trabalho, são cerca de 2/3 de hospital e 1/3 de clínica particular. Devo-os em grande parte à boa vontade dos professores Pinheiro Cintra e Domingos Define e também ao sr. dr. Synésio Rangel Pestana, Diretor Clínico da Sta. Casa, que colocaram à minha disposição não só os doentes hospitalizados, como também os de ambulatório. Também devo agradecer ao dr. Aires Neto, que me facultou o seu modelar serviço para realizar este trabalho, e ao dr. Jaime Rosenberg, que muito me auxiliou.

Quanto à questão da anestesia, estou de acôrdo em que a anestesia geral prejudica certos exames urológicos, principalmente os de investigação renal, porque suprime ou diminue temporariamente a secreção da urina. Em uma criança de tenra idade, é muito difícil a sua contenção sem anestesia. Quanto ao indigo-carmim, sempre o fiz até hoje por via venosa na dosagem aconselhada por Campbell, tendo obtido, com isto, muito bons resultados.

Acho que a litotripsia cistoscópica, não pode ser feita com aparelhos de calibre 12 a 15 "charrière". No que diz respeito aos trabalhos feitos na Rússia, creio

que se trata de litotripsia às cegas e não por meio de cistoscópios infantis, cujo calibre é por demais pequeno para isto. As dificuldades são imensas, principalmente nos meninos.

No mais só tenho a agradecer aos comentários e às palavras de encorajamento dos colegas.

Dr. Octacílio Gualberto. — A mesa agradece ao autor e felicita o dr. Geraldo Vicente de Azevedo, pelo brilho de sua comunicação. Pessoalmente, devo dizer que disponho em meu serviço, no Hospital Municipal, de material adequado para estas investigações em crianças e temos conseguido assim, realizar alguma coisa a respeito, publicando alguns casos interessantes. Temos acumulado algum material, com o dr. Geraldo, e oportunamente faremos uma publicação em conjunto.

Quanto à questão das provas funcionais, no nosso serviço, quando fazemos a cistoscopia não usamos o indigo-carmim, mas apenas nos baseamos na urografia excretora que nos tem bastado para resolver os nossos casos infantis.

Quanto à litotripsia cistoscópica, temos notícias da existência de aparelhos que a executam em crianças mas ainda não os conhecemos.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Waldemar S. Rudge

Puberdade precoce — Drs. Domingos Delascio e Luciano De-court — (O trabalho foi apre-

sentado à Secção de Pediatria, em 12 de agosto. Ver a pág. 283 deste número.

LIQUÍDO - GEFALO - RAQUIDIANO

LABORATÓRIO ESPECIALIZADO

Punções sub-ocipitais. Lipiodól-radiológico ascendente e descendente, Ventrículografias

Medicação intra-raquidiana.

DR. OSWALDO LANGE

Rua Xavier de Toledo, 99
apartamento 3 - 2.º andar

Fone: 4-6646

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO EM 28 DE JULHO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Britto

Alguns estudos de cancerologia experimental — Dr. Juvenal R. Meyer — O orador após agradecer a oportunidade de falar nesta Casa passou a falar sobre os tumores transplantáveis que encontrou; disse que o problema do cancer é biológico. Estudos de estatísticas de regimens possíveis de serem feitos experimentalmente no homem sem sofrimento do doente. Nos animais de laboratorios, os tumores em camundongos foram estudados dois tipos pelo autor: espontaneos e provocados por substâncias derivadas do alcatrão-antraceno, etc. e thorostrast (tipo sarcoma). Além destes tumores ha ainda os obtidos por enxertos. Nos tumores enxertados existem varias diferenças destes outros provocados além da maior virulencia. Em dois tumores mantidos por enxerto (linfosarcoma e adenocarcinoma da mama) o A. fez a seguinte experiencia; injetando tinta da China para bloquear o sistema reticuloendotelial além da esplenectomia, o A. fez o enxerto destes animais assim tratados obtendo um aumento de 80 %. O A. fez também experiencias com injeção de sangue de animais cancerisados obtendo a reprodução dos tumores alhures, lembrando o perigo nas transfusões sanguineas, pois no sangue injetado nas ditas experiencias após meticuloso exame não foram encontrados elementos figurados no sangue. Com estas experiencias cõe por terra a teoria de Ribbert que "todo o cancer provem de outra célula cancerosa". Todas as teorias cancerigenas têm razões na questão da

proliferação; mas provado está que além disso é fator preponderante o agente malignisante, "possivelmente" o virus filtravel. No cancer experimental o que se conclue é que a substancia química cancerigena injetada vai provocar uma intensa proliferação obtendo-se o cancer com o virus filtravel.

Pectenosis, suas relações com as pequenas lesões do canal anal — Dr. Edison de Oliveira — Inicialmente o A. recordou a anatomia do canal anal. O pecten está situado entre a linha branca de Hirtou e a linha das papilas de Morgagni; constituido por um corion e um epitélío. No pecten se dá a anastomose do sistema vascular cava e porta (hemorroidarias superior e inferior). Ao contrário da maioria dos autores não encontrou pectenose em todas as lesões do canal anal, nem como lesão primária e sim como consequencia destas lesões. O A. então, explica o porque desta divergencia; o encontrado pela maioria dos autores nada mais é do que o esfinter interno. A conduta cirurgica adotada também não é a incisão longitudinal preconizada e sim uma incisão triangular. A pectenose é o efeito e não a causa das lesões do canal. O que os autores chamam de pectenectomia, nada mais é do que a secção do esfinter interno.

Discussão: — O dr. Ernesto Afonso de Carvalho, citou três casos de contratura do esfinter interno, tratados pela incisão longitudinal, contraturas estas consequentes a fissuras anais.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

SESSÃO DE 11 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Brito

Localização paradenítica na região glútea — Dr. F. Finocchiaro — (O trabalho foi publicado na íntegra. Ver Bol. do Sanatório São Lucas, IV, 40, setembro 1942).

Isiopatologia das queimaduras — Dr. Luiz Rocha Azevedo — (O trabalho foi publicado na íntegra. Ver Anais Paulistas de Med. e Cir., XLIV, 277, outubro 1942).

Micose pulmonar — Dr. Mario Finocchiaro — O A. apresentou um caso de micose pulmonar,

mostrando as dificuldades do diagnóstico deferencial com a tuberculose. Leu a observação de um caso clínico de evolução complicada, curado com quimiofisioterapia a Finocchiaro.

Discussão: — O dr. Geraldo Franco citou o valor da inoculação em cobaio no diagnóstico etiológico.

O dr. Francisco Finocchiaro lembrou a dificuldade de cicatrização das fistulas tuberculosas em contraste com a cura rápida do caso presente.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE JANEIRO

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

Rim movel e acidente do trabalho — Dr. A. Amado Ferreira — Falou o A. mostrando as dificuldades que o perito encontra na solução de tais casos. Propõe o A. a distribuição da espécie em 3 categorias: rim movel enfermidade, rim movel doença profissional e rim movel acidente tipo. Depois de explicar o conceito de cada uma destas modalidades, o A. citou um caso que teve de periciar e em que opinou, de acordo com os antecedentes do operário, da espécie de trabalho que realizava, da relação de causa para efeito, como sendo um caso de rim movel doença profissional.

O psicodiagnóstico de Rorschach em sexologia forense — Dr. Antonio M. L. Bruno — Demonstrou o A. que o método de Rorschach pode fornecer preciosos subsídios no importante capítulo da sexologia forense. Como os diferentes tratadistas não abordaram ainda o assunto, o A., baseando-se nas

modernas correntes psicológicas, fez ver que muitos informes podem ser obtidos nesse setor, objetivando as suas asserções com um farto material de observações próprias, gráficos e quadros estatísticos. Eis as conclusões a que chegou o A.: 1.ª) Relativamente às demais respostas — as respostas sexuais são em pequeno numero; 2.ª) Nos indivíduos de boa inteligência e educação aprimorada, escasseiam-se tais respostas; 3.ª) Embora também raras, nos adolescentes do sexo masculino de inteligência normal, tais respostas se encontram com maior frequência que nos indivíduos a que se refere a conclusão anterior; 4.ª) Existência de pequena percentagem de respostas sexuais, que poderíamos, pelas suas características próprias, denominar "respostas sexuais médicas", nos examinandos profissionais da Medicina ou das Ciências Afins; 5.ª) Nos sujeitos ativos de crimes contra os costumes verifi-

camos; a) ausencia quasi completa de tais respostas nos individuos de Q. I. acima de 90; b) percentagem mais alta de respostas sexuais nos individuos de Q. I. abaixo de 70; 6.^a) E' de grande importancia neste estudo a confrontação dos resultados da prova de Rorschach, com os subsidios auferidos (além da avaliação do nivel mental relativo à idade) pelos testes de carater, pela prova das associações verbais, etc.; 7.^a)

Das conclusões acima enunciadas, se depreende quão interessante seria a applicação do psicodiagnostico de Rorschach nas penitenciarias, com as finalidades visadas neste trabalho, tendo-se em vista principalmente os sentenciados condenados por crimes de natureza sexual. Dados importantes poderiam ser obtidos, maxime em relação aos criminosos de Q. I. baixo e de tendencias impulsivas.

SESSÃO DE 1.º DE MARÇO

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

O psicodiagnóstico de Rorschach em sexologia forense — Dr. Antonio M. L. Bruno — O autor, continuando seus estudos originaes sobre as applicações de psicodiagnostico de Rorschach em sexologia forense, trouxe uma nova contribuição à Sociedade nesse sentido, confirmando, com uma observação demonstrativa, os resultados a que chegara em trabalho anteriormente comunicado. A nova observação se refere a uma paciente sujeito passivo do crime catalogado no art. 217 combinado com o inciso n.º II do artigo 226 do novo codigo penal. Trata-se de uma paciente criada em nivel social inferior e de condições economicas precarias: seu quociente intelectual foi igual a 60 (testes Binet-Simon revisão Terman); submetida ao teste de Goddard revelou imprecisão e morosidade dos movimentos e um procedimento ilogico. Os testes de carater denunciaram uma deficiencia moral acentuada. Por outro lado, a prova de Rorschach evidenciou um resultado verdadeiramente surpreendente: — 100 por cento de respostas sexuais!

O A., depois de analisar cuidadosamente o psicograma do caso em apreço, terminou afirmando que a observação apresentada confirmara a sua comunicação anterior, tendo a acrescentar-se, ainda, que a presença de respostas

sexuais também se pode verificar, com maior frequencia, nos sujeitos passivos das infrações penais de ordem sexual e nos quais, além de um baixo Q. I., haja uma acentuada deficiencia moral de fundo sexual.

Morte por fulguração — Dr. J. B. de Oliveira e Costa Jr. — Descreveu um resumo da autopsia e dos diversos exames complementares. O caso apresentava varios e interessantes aspectos: 1) pobreza de sinais deixados pela passagem da fiação elétrica; 2) um ferimento contuso no couro cabeludo, na parte mais alta da cabeça, em zona difficil de ser occasionado numa queda; 3) estado de embriaguez com ressalva; 4) volumoso timo; 5) congestão visceral e manchas de Tardieu, encontraveis em vários tipos de morte. Teceu comentarios sobre os varios feitos da energia elétrica e diferentes comportamentos do raio. Estudou com mais detalhes os efeitos mecanicos e térmicos, fazendo citações de varios autores. Deveu-se no estudo da patologia da morte, estabelecendo elo entre os achados no cadaver e os efeitos da descarga elétrica. Excluiu a causa do alcool bem como a interferencia do timo desenvolvido e subordinou o ferimento contuso da cabeça à ação da fiação elétrica, ação essa que

produziu o rompimento da parte posterior do boné com eversão dos bordos da solução de continuidade. Ilustrou o trabalho com varias fotografias e uma epimicro-

fotografia de pêlo com a extremidade queimada. Depois de varias considerações, concluiu categoricamente pela morte por fulguração.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSÃO DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Francisco Figueira de Melo

Ferimento penetrante do coração operado e curado — Dr. E. de Jesus Zerbini — O autor apresenta um caso de ferimento penetrante do ventriculo direito e lesão concomitante do ramo descendente da arteria coronaria esquerda. Trata-se de um escolar que sofreu um ferimento penetrante do precordio, por um estilhaço de ferro, e, em seguida, apresentou os sinais característicos do tamponamento cardiaco, pelo sangue coletado no saco pericárdico. O paciente foi atendido quarenta minutos após o acidente e apresentava-se em coma, sem pressão arterial e com elevada pressão venosa à intervenção realizada no Pavilhão Fernandinho Simonsen pelo autor, auxiliado pelo dr. Graner, consistiu em uma pericardiotomia lateral esquerda, após ressecção do arco anterior da quarta costela esquerda. Encontrou-se uma lesão da pleura esquerda e um ferimento perfurante do pericardio. Este foi aberto amplamente, retirando-se cerca de 150 cc. de sangue, parcialmente coagulado, que com-

primia o coração. Após seu esvaziamento, o coração aumentou muito de volume, seus batimentos tornaram-se mais fortes, a pressão arterial restabeleceu-se e pôde-se verificar um ferimento penetrante do ventriculo direito, com lesão de um importante ramo da arteria coronaria esquerda. O ferimento ventriculo foi suturado e a arteria coronaria foi ligada. Em seguida, suturou-se o pericardio e a pleura, e procedeu-se à sutura dos planos musculo cutâneo. O interesse particular deste caso é que, apesar da ligadura de um importante ramo de uma arteria coronaria, não apareceu o enfarto do miocardio, que era esperado. O paciente está perfeitamente bem ha um ano (a intervenção foi realizada a 16-2-42), apresenta eletro cardiograma normal, e não tem nenhuma redução de sua capacidade fisica. Após a apresentação do doentinho (7 anos) em sessão, o autor teceu comentários sobre a fisiopatologia, sintomatologia e tratamento dos ferimentos penetrantes do coração.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 10 de março, ordem do dia: O que pode o exame oftalmoscópico esclarecer nos casos de hipertensão arterial (84)

terial — Dr. Moacir E. Alvaro; Tireoidectomia sub-total e ideal — Dr. S. Hermeto Jr.; sobre a incidencia de vermes e protozoários intestinais entre os soldados do

Exército Brasileiro com referencia especial aos portadores de E. his-tolítica — Drs. Rubens Azzi Leal e A. D. Franco do Amaral.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 13 de março, ordem do dia: Exploração funcional do fígado nos doentes de lepra com a prova de galactose, reação de Takata-Uock e prova da santomina — Dr. Luis Marino Beccchelli e Dr. Renato Sapuppo.

Sociedade de Gastroenterologia e Molestias da Nutrição, sessão de 5 de março, ordem do dia: Aspectos da tática do cirurgião nas crises apendiculares — Dr. Eurico Branco Ribeiro; Valor das provas de sobrecarga funcional em radiologia, contribuição da cine-radiografia clínica no diagnóstico

da apendicite — Dr. J. Moretzsohn de Castro e Dr. W. Chagas Oliveira.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 15 de fevereiro, ordem do dia: O novo formulário de quesitos do Serviço de Medicina Legal de São Paulo, — Prof. Flaminio Favero.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 17 de fevereiro, ordem do dia: Tumor do lobo frontal. Considerações clínicas e diagnósticas. — Dr. Paulo Pinto Pupo.

Considerações em torno de 3 casos de néoformação endocraniana. — Dr. Mario Yahn.

Causas da disseminação da malária no município de São Paulo. — Dr. Silvio J. Grieco.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Assistencia de los enfermos hepatobiliares — Ricardo Finocchietto e Américo Nunziata, El Ateneo (Florida, 340) Buenos Aires, 1942.

O presente volume é o quarto da série "Biblioteca de la enfermera de cirugía", organizada pelo prof. Ricardo Finocchietto, de Buenos Aires. Com o seu espírito altamente prático, procura o ilustre cirurgião coordenar nos manuais desta série preceitos que as enfermeiras devem conhecer e precisam não esquecer. Coautor do presente volume, ele coloca aí ensinamentos que também são úteis ao médico prático, tornando-se assim o livro uma leitura proveitosa a todo cirurgião que faça cirurgia biliar e principalmente àqueles que só por contingências especiais venham a lidar com doentes a serem operados ou já operados de fígado ou vias biliares. O volume contém 200 páginas com 183 figuras elucidativas.

Tratamento das fraturas da coluna vertebral — Renato da Costa Bomfim, Livraria Ateneo (Rua Senador Dantas, 58), Rio, 1942.

O A. foi relator oficial do tema supra no IV Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia.

O presente volume é o seu relatório. É uma monografia de 120 páginas, fartamente ilustrada e devidamente documentada em que o A. recorda as idéias antigas sobre o assunto, refere os progressos decorrentes da era da radiologia e traça a orientação que está hoje predominando no tratamento das fraturas da coluna vertebral.

Dada a importância do assunto e a larga experiência do autor, que formou a sua mentalidade de especialista na escola de Rezende Puech, o presente volume vem despertando grande e merecido interesse.

Labio leporino — Hector Marino, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1942.

E este mais um excelente livro que são do Serviço do prof. Ricardo Finochietto. Abordando assunto especializado e de grande interesse social, o A. o faz com elegância e larga soma de conhecimentos. Prefaciando o livro, diz Henrique Finochietto que "servirá de guia e será fonte de ilustração para todo cirurgião" e que "para o cirurgião especializado, o livro do dr. Marino será um guia de difícil superação".

Basta a palavra do conhecido professor portenho para recomendar o livro. A sua apresentação material é aprimorada. Contem 192 páginas com 238 ilustrações.

Dermatosis profesionales, Ernesto J. Eires, Editorial Ruiz (Cordoba 1281) Rosario, Argentina, 1943.

Num volume de mais de 200 páginas, o A., que é médico legista adscrito à cátedra de Medicina de Rosario, encara o problema das dermatoses sob o ponto de vista legal, diante da legislação moderna sobre acidentes no trabalho e moléstias profissionais. Assim, o livro assume um caráter de grande atualidade, não só para os legisladores como para os médicos forenses e os a quem compete dar orientação no ensino da Medicina Legal. O A. mostra a evolução que tem sofrido o conceito de doença profissional e detem-se nas dermatoses, apresentando numerosos exemplos concretos em apoio dos seus pontos de vista.

Historia de la Odontologia y su ejercicio legal — Salvador Lerman, El Ateneo (Florida 340), Buenos Aires, 1942. Encarando o assunto desde os seus primórdios, o A. estuda a evolução da odontologia no correr dos séculos e entre todos os povos. Assim, não esquece de dedicar uma parte especial do livro ao que era a odontologia entre os povos primitivos da América, referindo uma cópia vultosa

de documentos comprobatórios sobre as atividades dos que exerciam a arte dentária entre aztecas, incas, maias, etc. Há várias páginas dedicadas à história da odontologia no Brasil. O volume contem 332 páginas, com algumas ilustrações.

Hormônio do corpo amarelo — Francisco Bergamin, Livraria Ateneu (Rua Senador Dantas, 58), Rio, 1942.

Neste livro, de grande atualidade, o A. condensa os atuais conhecimentos sobre o hormônio do corpo amarelo, assunto ligado à terapêutica diária de todo clínico. Assim, presta o A. um grande serviço aos médicos práticos, pon-do ao seu alcance, em fácil manuseio, um livro que os informa sobre as novidades concernentes a tão debatido hormônio. Na primeira parte, faz o A. a revisão da biologia do corpo amarelo e, na segunda, procura relacionar a fisiopatologia menstrual e gravídica com as perturbações funcionais do corpo amarelo e precisar as indicações terapêuticas da progesterona. Tendo encarado o assunto sobre os seus vários aspectos com as devidas minúcias, o A. pouco se detem, entretanto, sobre o quisto luteo persistente, problema merecedor de mais acurado estudo. O elogio do livro é feito, em prefácio, pelo prof. Moraes Barros, o orientador da escola ginecológica paulista. O volume contem 320 páginas, com 65 ilustrações.

Biotipologia e orientação profissional — Ivolino de Vasconcelos, Ed. Rev. Médica Brasileira, Rio, 1943.

O A. dedica o presente opúsculo aos alunos da 1.ª Cadeira de Clínica Médica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, chamando a atenção deles para "um assunto no qual os médicos devem detidamente pensar, ainda desde os tempos de estudante — a orientação profissional". Depois de fazer considerações gerais so-

bre o tema que aborda, o A. entra no estudo do biotipo em suas relações com a orientação profissional, passando à relatar as predisposições mórbidas individuais e suas relações com o trabalho. Antes de traçar a orientação biotipo-

lógica do trabalho, focaliza os quatro biotipos humanos, dando assim oportunidade a que o leitor apanhe perfeitamente o sentido das diretrizes que deseja imprimir na apreciação do assunto. Como se vê, é um folheto de atualidade.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, VI, 787-1425, outubro-dezembro, 1942 — Ação da hipófise sobre o pâncreas e a secreção de insulina — B. A. Housay; Conceito do sistema extrapiramidal — A. Austregesilo; Sobre a participação das excitações do aparelho auditivo e vestibular na manutenção da atividade geral do sistema nervoso — Miguel Osório de Almeida, H. Moussatche e M. Viana Dias; A medicina na cultura grega — Cantídio de Moura Campos; Pleuriz lactescente multiloculado tuberculoso — A. de Almeida Prado; Estudo das águas minerais alcalinas — J. de Aguiar Pupo; Infecções agudas gerais na gestação — Raul Briquet; Sobre a histologia do baço de Banti — Walter Buengeler e E. Vasconcelos; Carcinoma do esôfago — E. Vasconcelos; Distúrbios cardíacos no decurso da tuberculose pulmonar — Jairo Ramos e outros; O leite do assacú — Jaime R. Pereira; A dieta para os doentes do estômago — F. Cintra do Prado; Síndrome de Clube-Bernard-Horner — F. Favero e outros; A moderna terapêutica psiquiátrica — Pacheco e Silva; Neuroses gástricas e insulino-terapia — P. Longo e Joy Arruda; Considerações semióticas sobre o automatismo medular — A. Tolosa e J. A. C. da Silva Jr.; Notas sobre a fisiologia endócrina dos ofídios — J. Ribeiro do Vale; Pesquisa das vitaminas A e E no óleo de piqui — F. Moura Campos e

outros; Sobre algumas funções não respiratórias do pulmão — Carlo Foá; Sobre um novo método de preparação de antígenos artificiais — Quintino Mingoja e E. Biocca; Atrasos do crescimento de origem endócrina e seu diagnóstico diferencial — J. Inácio Lobo; Mecanismo do edema pulmonar — W. Berardinelli; Moléstia de Pfeiffer-Tuerk — Eduardo Monteiro; A clínica precoce e o seu alcance no combate às moléstias inaparentes — Cenival Londres; Cinco casos de língua negra pilosa — F. de Almeida, C. da Silva Lacaz e Celeste Fava; Reação da benzina láctica — A. A. Ferreira; A simetria da forma do núcleo e as mitoses multipolares dos megacariócitos — José Oria; Disvitaminose E — Dutra Oliveira e Arina de Aguiar; Valor energético de alguns alimentos brasileiros — O. Paula Santos e outros; Estudo radiológico da úlcera gastro-duodenal — P. Almeida Toledo; A pressão arterial do biotipo feminino — Manuel Pereira; Conceito de psicologia legal — A. M. L. Bruno; Nanismo hipofisário — Carmen Escobar Pires; A vacina de Spencer-Parker contra a febre maculosa na prática sanitária — J. Toledo Piza; Acromegalia — A. Zelante Flosi; Perturbações endócrinas no pêntigo foliaceo J. R. Alves Guimarães. Alcoolismo — Oswaldo Andrade; Transfusor e aspirador JAB — J. Augusto A. Botelho.

Folia Clínica et Biologica, XIV, 67-101, 1942 — Considerações clínicas e patogenéticas sobre o anel de Vossius — C. Toledo; Sobre a gênese da disposição do pigmento num caso de "Fuso de Krukenberg" — C. Toledo; Anemia perniciosa após gastrectomia — H. Kneese de Mello; Contribuição ao estudo da linfogranulomatose maligna — A. Donatti; Estudo sobre a postura de flebotomos em condições experimentais — M. Pereira Barreto; Síndrome de insuficiência hepática grave no fígado cardíaco — Gomes Ferraz e O. Meng.

Resenha Clínico-Científica, XII, 43-83, fevereiro 1943 — As necessidades orgânicas em vitaminas — José Finocchiaro.

Revista de Cirurgia de S. Paulo, VIII, 589-683, novembro-dezembro 1942 — Hemorragias gastro-intestinais — Piragibe Nogueira; Tratamento cirúrgico dos ferimentos penetrantes do coração — E. Jesus Zerbini; Invaginação intestinal crônica no adulto por tumor benigno — A. Correa Neto e A. S. Novais; Tromboflebite posoperatória sua ocorrência no nosso meio — Arrigo Raia e David Fermann — A eficácia da radioterapia na nevralgia do trigêmeo — Nelson Carvalho.

Revista Clínica de S. Paulo, XII, 135-173, dezembro 1942 — Hipertensão arterial — Alberto Ferreira.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, II, 93-143, maio-julho 1942 — Hernias inguinais superficiais de Kuester — E. de Jesus Zerbini.

Revista Paulista de Medicina, XXI, 341-542, novembro 1942 — Estrógenos sintéticos — José Gallucci.

Revista Paulista de Tisiologia, VIII, 322-381, novembro-dezembro 1942 — Bases anatomopatológicas experimentais e clínicas de uma nova doutrina sobre a reinfeção tuberculosa — Abelardo Saenz; Importância experimental e repercussões clínicas dos estudos dos bacilos tuberculosos mortos suspensos em óleo de vaselina — Abelardo Saenz; Alergia tuberculínica e período de incubação — Homero Silveira.

Seara Médica, II, 337-400, julho-agosto 1942 — Nota prévia sobre células endócrinas no rim do Muçuan — Bruno Alípio Lobo; Anestesia em cirurgia de guerra — Pedro Ayres Netto; Os mecanismos de compensação cardíaca — José Barros Magaldi.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

A dose única de vitamina D₂ em terapêutica.

Um novo medicamento. — De uma observação fortuita de Harnapp originou-se este importante aperfeiçoamento do tratamento da hipovitaminose D.

Por inadvertência foi administrada a uma criança acometida de espasmofilia uma forte dose de vitamina D em solução concentrada, ficando rapidamente curada,

88)

sem que tivesse apresentado qualquer manifestação de intoxicação.

A obtenção da vitamina D₂ (Calciferol) quimicamente pura, isenta dos produtos adventícios tóxicos (toxisterol, taquisterol, etc.) encontrados no ergosterol irradiado, permitiu a generalização do método sem qualquer acidente de intolerância.

Walter Heymann, estudando o comportamento da vitamina D em relação aos diversos tecidos do organismo, demonstrou que, quando absorvida em dosagem maciça, a vitamina é posta em reserva no fígado, baço e plasma sanguíneo, e sua ação prolonga-se por meses.

Os brilhantes resultados obtidos no raquitismo e tetania por Harnapp e Bräulke fizeram com que o método se generalizasse.

No Brasil foi o Dr. Flávio Lombardi o primeiro a fazer sua aplicação e em diversos trabalhos fundamentados demonstrou o interesse de seu emprêgo, usando o Sterogyl.

Também em recente documentação monografia do "Instituto Nacional de Puericultura" (Magaalhães Carvalho, Odilon de Andrade Filho, Paulo Fioravanti, Jorge Decourt, Anita Ferreira, Mário Mesquita e Corrêia Novaes), demonstraram-se as vantagens da terapêutica maciça.

No raquitismo a administração de 1 só empôla de 15 mgrs. de Calciferol provoca, em poucos dias, a cura clínica, metabólica e radiológica do raquitismo. Seu emprêgo profilático previne durante um ano os distúrbios da relação cálcio-fósforo sanguíneo responsáveis pelas manifestações raquíticas (Hermann Vollmer).

Na tetania, Bräulke obteve, em 19 doentes, apesar da supressão de qualquer outra terapêutica (a do cálcio, de barbitúricos) desaparecimento de todas as manifestações de excitabilidade neuro-

muscular após a administração da dose única de vitamina D₂.

Experiências iniciais realizadas em diversos serviços hospitalares de Paris (Grenet, Troisier, Ramond, Boulin, Stevenin) em derrames serofibrinosos, peritonite tuberculosa e Mal de Pott vieram mostrar que a absorção da vitamina D₂ por via bucal em dose de 600.000 U. l. evita a desmineralização, apressa a reabsorção das demais cavidades serosas e contribui para a calcificação das lesões.

Brodsky, Bela Shik e Vollmer, em longa experimentação no "Sea View Hospital", em mais de 200 crianças, mostraram que a incidência da cárie dentária pode ser visivelmente diminuída pela administração de uma única dose de vitamina D.

Experiências recentes demonstraram o interesse de seu emprêgo em traumatologia, apressando a consolidação das fraturas.

Do ponto de vista ortopédico Vuong Ba Mau em tese inaugural justificou a utilização da Stossterapia como coadjuvante da terapêutica das deformações raquíticas ósteo-articulares susceptíveis de correção cirúrgica.

Este método terapêutico, prático, que evita o emprêgo prolongado de pequenas dosagens, mostra-se, portanto, de grande valor em clínica, não obstante a superabundância da energia radiante entre nós; tendo-se, sobretudo, em vista, a pobreza em vitamina D dos regimes dietéticos comuns.

PHILERGON

FORTIFICA DE FATO

*Injecções inteiramente indolores e
sem reacção local*

Calcio Isotonico GROSS

O mais moderno recalificante *sem perigo*

Laboratorio *Gross*-Rio de Janeiro

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames
Radiologicos a domicilio

•

Consultorio :
RUA MARCONI, 94
(Predio Pasteur)
Telephone : 4-0655

Residencia :
RUA TUPY, 593
Telephone : 5-4941
SÃO PAULO

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratorio
Gross
Rio de Janeiro

res e



riço
neiro

93

DO
ADO

